



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

3A.1895.2

HARVARD UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL.

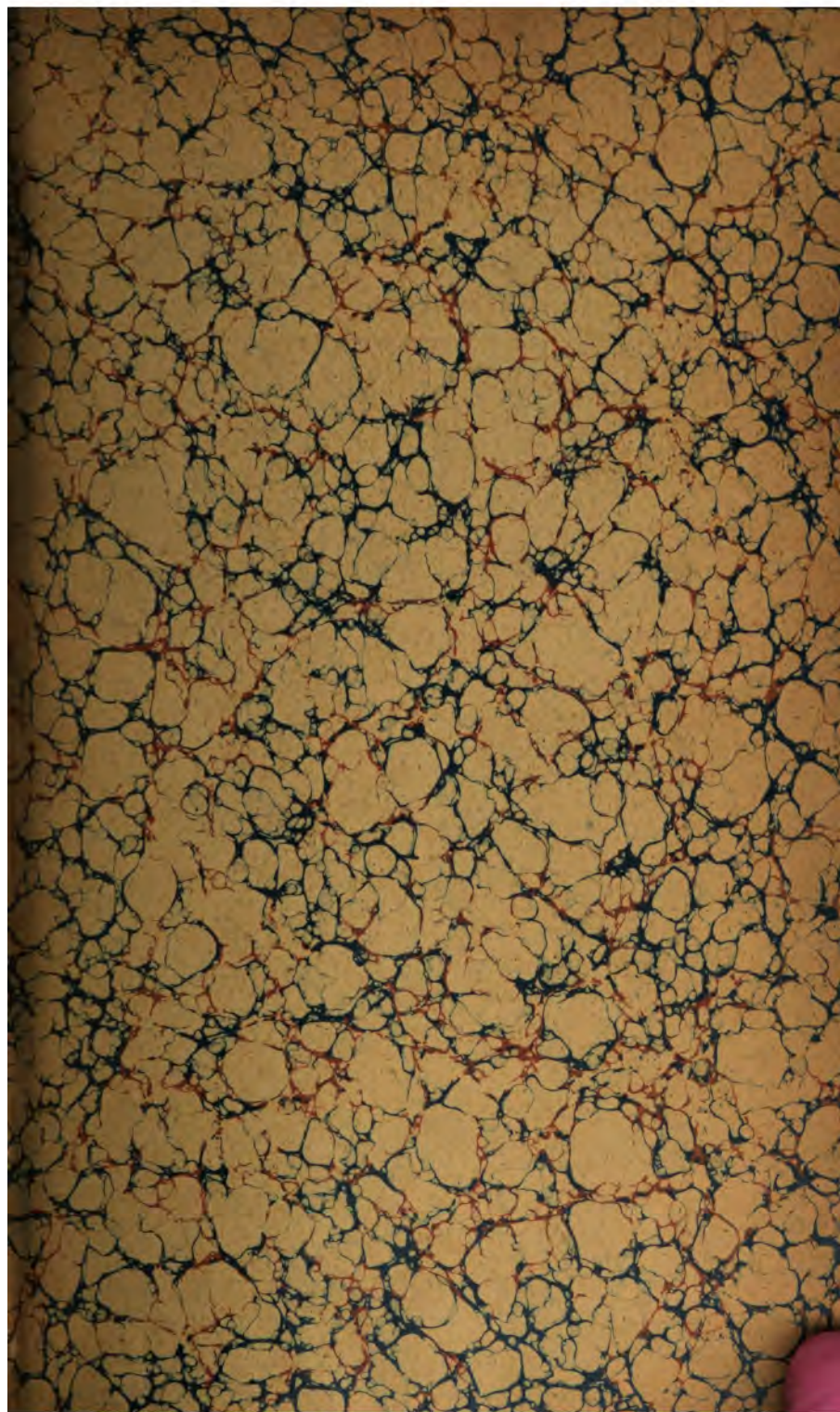


LIBRARY

OF THE

PATHOLOGICAL LABORATORY.

The Gift of *Henry F. Sears, M.D.*
1898



3A. 1895.2

HARVARD UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL.



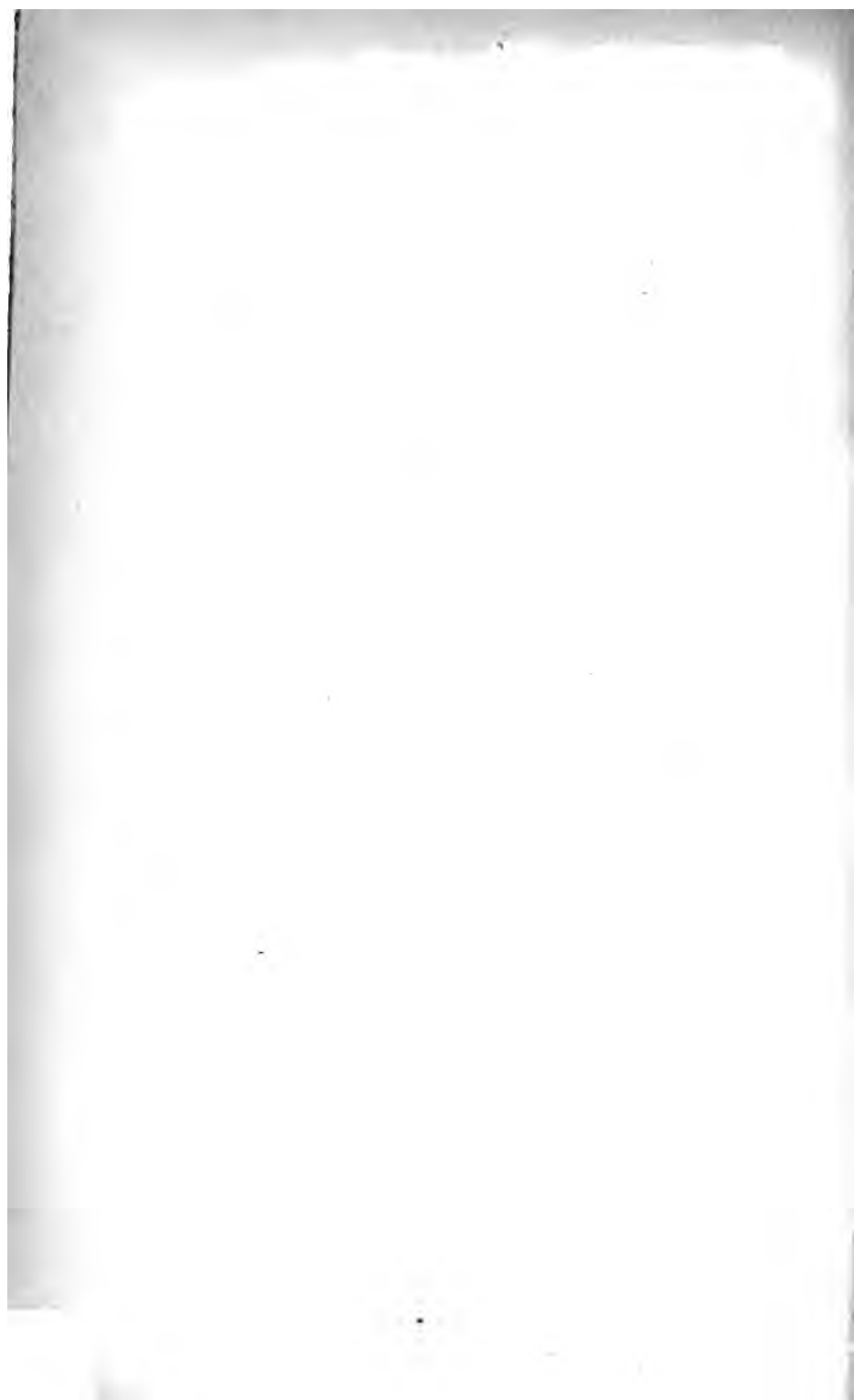
LIBRARY

OF THE

PATHOLOGICAL LABORATORY.

The Gift of *Henry F. Sears, M.D.*
1898





BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

ANATOMIE NORMALE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, CLINIQUE

LXIV^e ANNÉE (1889)

5^{me} SÉRIE. — TOME III

RÉDIGÉS PAR

MM. TOUPET et Louis GUINON

SECRÉTAIRES

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

—
1889

3.4.10.2

LISTE

DES

MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

ANNÉE 1889

Bureau.

Président.	MM. CORNIL
Vice-Présidents.	{ LETULLE
	{ TUFFIER
Secrétaires.	{ TOUPET
	{ LOUIS GUINON
Trésorier.	HARTMANN
Archiviste.	BROCA
Membres titulaires du comité. .	{ DARIER
	{ VALUDE
	{ WALTHER
— adjoints du comité. . .	{ GILBERT
	{ CETTINGER
	TISSIER

Membres Honoraires.

- 1874. ANGER (Th.), rue de Penthièvre, 16, Paris.
- 1888. BALLET, rue Colisée, 37, Paris.
- 1879. BALZER, rue de Castellane, 15, Paris.
- 1887. BAZY, rue d'Antin, 21, Paris.
- 1878. BERGER (P.), rue du Bac, 4, Paris.
- 1874. BESNIER (J.), rue Blanche, 5, Paris.
- 1868. BESNIER (Ern.), rue des Mathurins, 37, Paris.
- 1873. BLACHE (R.), rue de Surène, 5, Paris.
- 1869. BOUCHARD (Ch.), rue de Rivoli, 174, Paris.
- 1874. BOUCHEREAU, rue Cabanis, 1 (Asile Sainte-Anne), Paris.
- 1877. BOUILLY, avenue Montaigne, 32, Paris.
- 1864. BOURNEVILLE, rue des Carmes, 14, Paris.
- 1887. BRAULT, rue de Madrid, 20, Paris.
- 1885. BRISSAUD, quai Voltaire, 9, Paris.
- 1879. BROUARDEL, Faculté de Médecine, Paris.
- 1870. BUCQUOY, rue de l'Université, 81, Paris.
- 1878. BUDIN, boulevard Saint-Germain, 129, Paris.
- 1879. CARTAZ, rue Daunou, 18, Paris.

VI LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

1878. CAZALIS (J.) fils, Cannes (Alpes-Maritimes).
1873. CHARCOT, boulevard Saint-Germain, 217, Paris.
1872. CHARPENTIER, rue de Miromesnil, 66, Paris.
1888. CHAUFFARD, rue Saint-Guillaume, 21, Paris.
1877. CHOUPE, rue de Villejust, 7, Paris.
1871. CORNIL (V.), rue Saint-Guillaume, 19, Paris.
1877. COYNE, Faculté de Médecine, Bordeaux (Gironde).
1869. CRUVEILHIER (Ed.), avenue de la Grande-Armée, 26, Paris.
1879. DANLOS, rue de la Bruyère, 49, Paris.
1876. DEBOVE, rue Drouot, 28, Paris.
1888. DENUCE (Maurice), pavé des Chartrons, 26, Bordeaux.
1868. DESORMEAUX, rue de Verneuil, 11, Paris.
1869. DESPRÉS (Ar.), rue Jacob, 3, Paris.
1888. DREYFOUS, rue des Capucines, 9, Paris.
1877. DU CASTEL (V.), rue de Bellechasse, 14, Paris.
- DURAND-FARDEL, rue Guénégaud, 17, Paris.
1882. DURET, Université Catholique de Lille.
1873. DUGUET, rue de Londres, 60, Paris.
1879. DUPUY, Saint-Denis (Seine).
1886. FERÉ, boulevard Saint-Michel, 37, Paris.
1874. FERNET, rue de la Boétie, 28, Paris.
- FIAUX, rue Lafayette, 91, Paris.
1872. FONTAN, à Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne).
1874. GINGEOT, rue de Bourgogne, 50, Paris.
1885. GOMBAULT, rue de Vaugirard, 41, Paris.
- GOUBEAUX, Ecole vétérinaire d'Alfort (Seine).
1877. GOUGUENHEIM, boulevard Haussmann, 73, Paris.
1872. GOURAUD (X.), rue du Bac, 40, Paris.
1873. GUÉNIOT, rue de Lille, 1, Paris.
1867. GUYOT, rue de Madrid, 21, Paris.
1872. HALLÉ, rue de Varennes, 38, Paris.
1876. HALLOPEAU, boulevard Malesherbes, 93, Paris.
1878. HANOT, rue de Rivoli, 122, Paris.
- HARDY (A.), boulevard Malesherbes, 5, Paris.
1874. HAYEM, rue de Vigny, 7, parc Monceau, Paris.
1874. HÉNOQUE, avenue de Villiers, 87, Paris.
- HÉRARD, rue de Rome, 11, Paris.
1888. JALAGUIER, rue Lavoisier, 25, Paris.
1877. JOFFROY, rue de Rivoli, 186, Paris.
1885. KIRMISSON, quai d'Orsay, 27, Paris.
1871. LABBÉ (Léon), boulevard Haussmann, 117, Paris.
1873. LABORDE (J.-V.), rue de l'Ecole-de-Médecine, 15, Paris.
- LABOULBÈNE, boulevard St-Germain, 181, Paris.
1873. LANCEREAUX, rue de la Bienfaisance, 44, Paris.
1878. LANDOUZY (L.), rue Chauveau-Lagarde, 4, Paris.
1873. LANNELONGUE, rue François-Ier, 3, Paris.
1886. LELOIR, Faculté de Lille (Nord).
1874. LE DENTU, boulevard Haussmann, 91, Paris.
1876. LÉPINE, Lyon (Rhône).
1888. LETULLE, rue du Louvre, 3, Paris.
1888. LEROUX, rue Chauveau-Lagarde, 16, Paris.
1879. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (J.), avenue Montaigne, 3, Paris.

1888. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (Paul), rue de Clichy, 52, Paris.
 1874. MAGNAN, rue Cabanis, 1 (Asile Sainte-Anne).
 1876. MALASSEZ, boulevard Saint-Germain, 168, Paris.
 1878. MARCANO, rue de Thann, 5, Paris.
 1888. MARCHANT (G.), rue de Rennes, 66, Paris.
 1888. MARIE, rue du Pré-aux-Clercs, 10, Paris.
 1888. MATHIEU, rue de Châteaudun, 12, Paris.
 1873. MEURIOT, rue Berton, 17, Passy-Paris.
 1883. MILLARD (H.-B.), East-41^e Street, 4, New-York.
 1866. MILLARD, rue Rembrandt, 4, Paris.
 MOISSENET, rue Richepanse, 9, Paris.
 1876. MONOD (Ch.), rue Cambacérès, 12, Paris.
 1888. MOUTARD-MARTIN, rue de Lille, 52, Paris.
 1872. NICAISE, boulevard Malesherbes, 37, Paris.
 1874. OLLIVIER (A.), rue de l'Université, 5, Paris.
 1872. PÉRIER, rue Drouot, 7, Paris.
 1887. PETIT (Ch.-H.), rue des Bernardins, 48, Paris.
 1888. PICQUÉ, rue d'Isly, Paris.
 1881. PINARD, rue Roquépine, 11, Paris.
 1856. PIOGEY, rue Saint-Georges, 24, Paris.
 1878. PITRES, Bordeaux (Gironde).
 1888. POIRIER, rue de l'Ecole-de-Médecine, 7, Paris.
 1882. PORAK, boulevard Saint-Germain, 142, Paris.
 POTAIN, boulevard Saint-Germain, 256, Paris.
 1872. POUMET, rue Richelieu, 108, Paris.
 1878. POZZI, place Vendôme, 10, Paris.
 1865. PROUST (Ad.), boulevard Malesherbes, 9, Paris.
 1888. QUENU, boulevard Haussmann, 41, Paris.
 1887. QUINQUAUD, rue de l'Odéon, 5, Paris.
 1873. RANVIER, Collège de France, Paris.
 1875. RECLUS (P.), rue des Saints-Pères, 9, Paris.
 1887. REMY (Ch.), rue de Rome, 74, Paris.
 1877. RENAUT (J.), Faculté de Médecine, Lyon (Rhône).
 1877. RENDU, rue de l'Université, 28, Paris.
 1877. RICHELLOT (G.), rue de Penthievre, 32, Paris.
 1879. ROBIN (A.), rue de Saint-Pétersbourg, 4, Paris.
 1840. ROGER (H.), boulevard de la Madeleine, 15, Paris.
 1878. SANNÉ, avenue de Messine, 30, Paris.
 1888. SCHWARTZ, boulevard Saint-Germain, 122, Paris.
 1884. SEGUIN, New-York.
 1874. SCHWEICH, rue de Bondy, 7, Paris.
 1876. SEVESTRE, rue Scribe, 7, Paris.
 1888. SUCHARD, rue Notre-Dame-des-Champs, 75, Paris.
 1876. SINÉTY (de), rue de la Chaise, 10, Paris.
 TERRILLON, boulevard Haussmann, 39, Paris.
 1864. TRÉLAT (U.), rue de l'Arcade, 18, Paris.
 18. TROISIER, rue Caumartin, 32, Paris.
 18. VERCHÈRE, rue de Grenelle, 114, Paris.
 18. VERNEUIL, boulevard du Palais, 11, Paris.
 VIDAL, rue Cambon, 49, Paris.
 371. VOISIN (A.), rue Séguier, 16, Paris.

Membres titulaires.

- 1882. BEURMANN (de), rue des Petites-Ecuries, 55, Paris.
- 1888. BROCA, rue de Lille, 9, Paris.
- 1889. CASTEX, rue d'Anjou, 75, Paris.
- 1887. CHANTEMESSE, boulevard Saint-Germain, 74, Paris.
- 1888. CHAPUT, rue du Bac, 30, Paris.
- 1889. CHARRIN, avenue de l'Opéra, 11, Paris.
- 1888. DAMALIX, Hôpital cantonal de Charenton (Seine).
- 1887. DARIER, rue Saint-Jacques, 33, Paris.
- 1889. DE GENNES, rue de Vaugirard, 313, Paris.
- 1888. DÉJERINE, boulevard Saint-Germain, 168.
- 1888. DESNOS, rue de Rivoli, 136, Paris.
- 1888. DOLÉRIS, rue de Miromesnil, 74, Paris.
- 1889. DUFLOCQ, boulevard Haussmann, 50, Paris.
- 1888. GIRODE, faubourg Saint-Honoré, 130, Paris.
- 1889. HARTMANN, rue de Miromesnil, 80, Paris.
- 1882. JOSIAS, boulevard Malesherbes, 68, Paris.
- 1889. LUBET-BARBON, rue du Mont-Thabor, 6, Paris.
- 1885. NETTER, 15, rue du Château-d'Eau, Paris.
- 1889. POTHERAT, rue Barbet-de-Jouy, 35, Paris.
- 1889. RICARD, boul. St-André, 2, Paris.
- 1888. RICHARDIÈRE, boulevard Saint-Germain, 167, Paris.
- 1883. TALAMON, rue de Monceaux, 3, Paris.
- 1888. THIBIERGE, rue Rouget-de-Lisle, 5, Paris.
- 1886. TUFFIER, rue de la Boétie, 110, Paris.
- 1888. VALUDE, boulevard Saint-Germain, 34, Paris.
- 1888. VILLAR, rue de Rennes, 63.
- 1888. WALTHER, rue de l'Université, 1, Paris.

Membres adjoints.

- 1889. ACHARD, quai de Gesvres, 2, Paris.
- 1888. ALBARRAN, rue de Varennes, 63, Paris.
- 1883. BABINSKI, rue Bonaparte, 70 bis, Paris.
- 1875. BARIÉ, rue d'Argenteuil, 15, Paris.
- 1879. BARTH, boulevard Saint-Germain, 125, Paris.
- 1887. BESANÇON, avenue de l'Opéra, 11, Paris.
- 1887. BLOCQ, avenue de Wagram, 61, Paris.
- 1883. CAPITAN, rue des Ursulines, 5, Paris.
- 1889. CHIPAULT, interne à la Charité, Paris.
- 1887. CLADO, rue du Commandant-Rivière, 5, Paris.
- 1883. COUDRAY, rue Delaplanche, 5, Paris.
- 1889. DAGRON, boulevard Bonne-Nouvelle, 34, Paris.
- 1888. DELBET, rue de l'Université, 47, Paris.

- 1889. DEMOULIN, rue Jacob, 46, Paris.
- 1886. DESCHAMPS, rue des Pyramides, 12, Paris.
- 1884. DURAND-FARDEL (R.), faubourg St-Honoré, 166, Paris.
- 1885. GILBERT, rue Delaborde, 6, Paris.
- 1875. GRAUX, rue du Pont-Neuf, 8, Paris.
- 1888. GUINARD, rue de Seine, 13, Paris.
- 1887. GUINON, rue Tronchet, 15, Paris.
- 1887. HALLÉ (Noël), rue de la Planche, 11 bis, Paris.
- 1888. JACQUET, avenue de Messine, 5, Paris.
- 1889. KLIPPEL, rue de Grenelle, 20, Paris.
- 1885. LEBRETON, rue Bonaparte, 59 bis, Paris.
- 1884. LE GENDRE (P.), rue Laffite, 48, Paris.
- 1889. LEGRY, rue Cujas, 18, Paris.
- 1888. LEJARS, rue d'Assas, 130, Paris.
- 1888. LYOT, interne à la Charité, Paris.
- 1883. MALÉCOT, rue Daunou, 16, Paris.
- 1886. MARFAN, rue Richepanse, 7, Paris.
- 1878. MARTIN (H.), rue de la Chaussée-d'Antin, 62, Paris.
- 1887. MARTIN DE GIMARD, rue de Rennes, 107, Paris.
- 1880. MAYGRIER, rue des Pyramides, 13, Paris.
- 1886. MÉNÉTRIER, rue de Parme, 10, Paris.
- 1888. MÉRY, rue Saint-Marc, 17, Paris.
- 1885. OETTINGER, rue de la Pépinière, 11, Paris.
- 1888. PARMENTIER, interne à Saint-Antoine, Paris.
- 1889. PILLIET, rue des Ecoles, 1, Paris.
- 1887. RAYMOND, avenue Kléber, 32, Paris.
- 1889. REBOUL, hôpital Beaujon, Paris.
- 1888. RÉCAMIER, rue du Regard, 1, Paris.
- 1882. SABOURIN, rue Montmartre, 103, Paris.
- 1888. SEBILEAU, boulevard Saint-Germain, 18, Paris.
- 1879. SEGOND, quai d'Orsay, 11, Paris.
- 1880. STACKLER, rue de Copenhague, 5, Paris.
- 1878. TAPRET, rue Volney, 8, Paris.
- 1889. THIÉRY, rue Berthollet, 22, Paris.
- 1885. TISSIER, rue Laffitte, 3, Paris.
- 1889. TISSIER, rue Monge, 46, Paris.
- 1887. TOUPET, rue Clément-Marot, 18, Paris.
- 1888. VAQUEZ, boulevard Beaumarchais, 84, Paris.
- 1881. VARIOT, rue de Trévise, 42, Paris.
- 1888. VARNIER, rue Herschell, 5, Paris.
- 1889. VIGNARD, hôpital Necker, Paris.
- 1888. WIDAL, rue d'Astorg, 30, Paris.

Membres correspondants.

- 1887. AIGRE, Boulogne-sur-Mer.
- 1886. ANDRAL (Léon), Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées).
- 1888. ANDRONESCO, Hôp. de la Materpité, Bucharest.
- 1884. ARGAEZ (Henrique de), Bogota (Etats-Unis de Colombie).

1882. ARNALDO-ANGELUCCI, Rome (Italie).
ASSAKY, Bucharest.
1882. AUFFRET, rue de la Mairie, 25, Brest (Finistère).
1876. AUGER, Bolbec (Seine-Inférieure).
1888. BABES, Faculté de Médecine, Bucharest.
1886. BAILLY, Chambly (Oise).
1886. BALLUE (R.), Arras (Pas-de-Calais).
1887. BALME, avenue Rapp, 6, Paris.
1883. BARBAUD, boulevard Montparnasse, 40, Paris.
1874. BARÉTY, Nice (Alpes-Maritimes).
1888. BASTAKI, professeur à la Faculté de Médecine, Iassy (Roumanie).
1887. BATAILLE, rue de Buffon, 41, Rouen.
1889. BAUDOIN (G.), rue de Lille, 1, Paris.
1881. BAUDRY, boulevard de la Liberté, 53 bis, Lille (Nord).
1882. BEAUMANOIR (J.), passage Russeil, 16, Nantes (L.-Inf.).
BERCIOUX, Bourges (Cher).
1886. BERGEON, place Bellecour, 6, Lyon.
1880. BÉRINGIER, rue de Sèvres, 91, Paris.
1880. BIDE, Madrid (Espagne).
1883. BINET (Paul), boulevard Plainpalais, 3, Genève (Suisse).
1882. BLAISE, Montpellier (Hérault).
BOÉCHAT, Bonfol (canton de Berne) (Suisse).
1889. BOIFFIN, rue Voltaire, 11, Nantes.
1876. BOISSIER, rue Saint-Honoré, 217, Paris.
BONNET, Valence (Drôme).
BONNET (St), rue de Turin, 13, Paris.
1882. BOITTENTUIT, rue Castellane, 13, Paris.
1884. BOTTEY, rue des Halles, 28, Paris.
BOUCHER, Corbeil (Seine-et-Oise).
1883. BOUICLI (Christe), Bucharest (Roumanie).
1883. BOULEY (E.), Beaune (Côte-d'Or).
1889. BOURSIER, rue Moncey, 15, Paris.
1883. BOUSSEAU, Cholet (Maine-et-Loire).
1889. BOUYGUES, avenue Duquesne, 13, Paris.
1886. BRODEUR, Union avenue, 55, Montréal (Canada).
1887. BROUSSOLLE, rue de la Liberté, 3, Dijon.
1879. BRUN, rue de la Bienfaisance, 39, Paris.
1878. BUTRUILLE, rue des Champs, 13, Roubaix (Nord).
BUTTE, rue du Cherche-Midi, 34, Paris.
CADET DE GASSICOURT, boulevard Haussmann, 40, Paris.
1884. CAMPENON, rue des Saints-Pères, 52, Paris.
CARESME, rue de la Fidélité, 16, Paris.
CARION, Charleville (Ardennes).
1889. CARLIER, rue de l'Hôpital, 102, Lille.
1875. CARPENTIER-MÉRICOURT fils, rue Richelieu, 11, Paris.
CARRON, rue des Pommiers, Rouen.
- CASTRO, Reconquista, 342, Buenos-Ayres.
1869. CAZIN, Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais).
1880. CEPPI, Porrentruy (Suisse).
1881. CERNE, rue Nationale, 10, Rouen (Seine-Inférieure).
1879. CHAVERNAC, Aix (Bouches-du-Rhône).

1881. CHEDEVERGNE, Poitiers (Vienne).
 1879. CHENET, rue d'Hauteville, 52, Paris.
 CHÉNIEUX, Limoges (Haute-Vienne).
 1877. CHEVALET, boulevard Malesherbes, 92, Paris.
 1887. CHEVALIER, rue Saint-Benoist, 26, Paris.
 1888. COIGNARD, rue de Constantinople, 10, Paris.
 1888. CHRÉTIEN, à Poitiers (Vienne).
 COLIN, Ecole d'Alfort (Seine).
 1889. CORRAL Y MAESTRO, Valladolid (Espagne).
 1880. COULON, rue St-Jean, 35, Cambrai (Nord).
 1886. CRIVELLI, Melbourne (Australie).
 1888. CUFFER, rue Richempanse, 7, Paris.
 1888. CUSCO, rue des Petits-Champs, 97, Paris.
 1883. DANILLO (F.-S.), Clinique des maladies mentales à l'Académie Impériale de St-Petersbourg (Russie).
 1888. DEBIERRE, prof. d'anat. à Lille (Nord).
 1888. DECAMPS, à Amiens (Somme).
 DECÈS (A.), Reims (Marne).
 DECORNIÈRE, Lisieux (Calvados).
 1889. DEFAUCAMBERGE, Gien (Loiret).
 1883. DEFFAUX, rue du Sommerard, 35, Paris.
 1874. DEFOIX, Buenos-Ayres, Calla Cuya, 34 (République Argentine).
 1889. DELAGÉNIÈRE, hôpital Bichat, Paris.
 DELBARRE, Cambrai (Nord).
 1884. DELOTTE, Limoges (Haute-Vienne).
 1874. DEMANGE, Faculté de Médecine, Nancy (M.-et-Moselle).
 1876. DÉPÉRET-MURET, Limoges (Haute-Vienne).
 1884. DERIGNAC, Limoges (Haute-Vienne).
 1888. DERODE, à Fives-Lille (Nord).
 1889. DESPAIGNE, rue de Chaillot, 48, Paris.
 1888. DESPRÉAUX, rue Littré, 11, Paris.
 1878. DEVILLE, Harrogate (Angleterre).
 1875. DIANOUX, Nantes (Loire-Inférieure).
 1882. DIETERLEN, Cannes (Alpes-Maritimes).
 DIEULAFOY, avenue Montaigne, 38, Paris.
 DODEUIL, Ham (Somme).
 1887. DOYEN, Reims (Marne).
 DRANSART, Somain (Nord).
 1884. DREYFUS-BRISAC, rue de Berlin, 6, Paris.
 1881. DUBAR, Faculté de Médecine de Lille (Nord).
 DUBRUEIL, Faculté de Médecine de Montpellier (Hérault).
 DUBUC, rue Taitbout, 83, Paris.
 DUMONT-PALLIER, rue Vignon, 24, Paris.
 DUPLAY (S.), rue de Penthievre, 2, Paris.
 DURAND, Saint-Martin-d'Auxigny (Cher).
 1878. DUSAUSSAY, rue Mogador, 5, Paris.
 36. DUYSE (Van), Gand (Belgique).
 88. ENGELBACH, Le Havre (Seine-Inférieure).
 ESPINE (D'), Genève (Suisse).
 89. ESTOR, agrégé de la Faculté de Médecine, Montpellier.
 88. ESTRADA.

XII LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

1888. EVRAIN, Châlons-sur-Marne (Marne).
 EXCHAQUET, Bex (canton de Vaud, Suisse).
 FARABEUF, rue de l'Ecole-de-Médecine, 6, Paris.
 FAURE (Louis), Riom (Puy-de-Dôme).
 1888. FAURE, interne à la Pitié.
 1888. FEIBES, rue Lamartine, 16, Paris.
 FÉREOL, rue des Pyramides, 8, Paris.
 FERRAND, rue du Bac, 110, Paris.
 1889. FESTAL, Arcachon (Gironde).
 1876. FIOUPPE, rue du Dragon, Marseille.
 1881. FIRKETT, rue Louvrex, 125, Liège (Belgique).
 FLEUROT, Dijon (Côte-d'Or).
 FOUCAULT, Fontainebleau (Seine-et-Marne).
 1876. FOURNAISE, rue des Francs-Bourgeois, 26, Paris.
 FOURNIER, rue Volney, 1, Paris.
 1885. FRÉMONT, Vichy (Allier).
 GADAUD, Périgueux (Dordogne).
 1882. GAILLARD, rue de Rivoli, 182, Paris.
 1879. GALLAND, rue Saint-Placide, 52, Paris.
 1877. GALLOPAIN, Fains, par Bar-le-Duc (Meuse).
 1886. GANGOLPHE (Michel), avenue de Saxe, Lyon.
 1882. GARCIA-LAVIN, calle de l'Agusta, 113, Cuba (Havane).
 1877. GARNIER, rue de la Bastille, 6, Paris.
 GARSEAU, boulevard Beaumarchais, 7, Paris.
 1876. GAUDRON, Besançon (Doubs).
 1883. GEFFRIER, rue de la Bretonnerie, Orléans (Loiret).
 GELLÉ, rue Sainte-Anne, 4, Paris.
 1889. GIBOTTEAU, La Roche-sur-Yon (Vendée).
 1888. GILIS, rue Sainte-Croix, 3, Montpellier.
 GIRARD, Grenoble (Isère).
 1887. GIRAudeau, rue de Rome, 29, Paris.
 GOETZ, boulevard de Plainpalais, 41, Genève (Suisse).
 1887. GOMOT, rue d'Armagnac, 1, Guéret (Creuse).
 GRANCHER, rue Beaujon, 36, Paris.
 1887. GRAVERRY, Meaux (Seine-et-Marne).
 1884. GRENIER, rue de Turin, 26, Paris.
 GRIPAT, Angers (Maine-et-Loire).
 1882. GUELLIOT, rue de la Prison, 1, Reims (Marne).
 1884. GUERMONPREZ, faubourg de Tournay, 52, Lille (Nord).
 1888. GUIARD, rue de la Bienfaisance, 42, Paris.
 1874. GUILLAUMET, rue du Faubourg-Saint-Denis, 220, Paris.
 1888. GUILLET, rue de Lisieux, à Caen.
 1878. GUINAND, Saint-Etienne (Loire).
 1881. GUITER, Cannes (Alpes-Maritimes).
 1888. GUNDELACH, rue Laffitte, 24, Paris.
 1889. GUYON, rue Roquépine, 11 bis, Paris.
 1888. HACHE (Maurice), rue de Tournon, 8, Paris.
 1882. HADDEN, 21, Welbeck Street, Londres.
 HALLEZ, Lille (Nord).
 HAMY, rue de Lubeck, 40, Paris.
 HAYAGE, rue Treilhard, 8, Paris.
 HENROT, Reims (Marne).

1888. HEPITÈS, Calla Crivata, 18, Bucharest.
 1876. HERPIN, Tours (Indre-et-Loire).
 HERVEY, Troyes (Aube).
 1889. HERYNG, médecin des hôpitaux, Varsovie.
 1878. HEYDENREICH, pl. Carrière, 4, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
 1883. HIRTZ (E.), rue Saint-Lazare, 81, Paris.
 1887. HOMMEY, Sées (Orne).
 HUBERT, rue de Castellane, 6, Paris.
 HUCHARD, avenue des Champs-Élysées, 67, Paris.
 1883. HUE (A.-F.), Rouen (Seine-Inférieure).
 1876. HUGONNEAU, Saint-Mathieu (Haute-Vienne).
 1884. HUTCHINSON (J.) jeune, Cavendish Square, 15, Londres.
 1880. HUTINEL, rue de la Boétie, 13, Paris.
 1885. IENDRASSIK, Kivaly U., 26, Budapest (Hongrie).
 1876. ISZENARD, rue de la Boulangerie, 39, Saint-Denis (Seine).
 1879. JACQUEMART, rue Erlanger, 2, Auteuil-Paris.
 1881. JAGOT, rue d'Alsace, Angers (Maine-et-Loire).
 1887. JAMIN, rue Taitbout, 52, Paris.
 1886. JARDET, Vichy (Allier).
 1881. JAURAND-DEZANNEAU, Airvault (Deux-Sèvres).
 1881. JEAN, rue Godot-de-Mauroy, 7, Paris.
 1888. JEANSELME, rue du Général-Foy, 16, Paris.
 1888. JONDEAU, Cuisery (Saône-et-Loire).
 1888. KALINDERO, professeur à la Faculté de Médecine de Bucharest (Roumanie).
 1874. KELSCH, professeur au Val-de-Grâce, Paris.
 1888. KIRIAC, Spital Philanthropia, Bucharest.
 1876. KOMOROWSKI, Montdoubleau (Loir-et-Cher).
 1879. LABADIE-LAGRAVE, avenue Montaigne, 8, Paris.
 1882. LABAT, Gambrede, par Astaffort (Lot-et-Garonne).
 1882. LACAZE, Montauban (Lot-et-Garonne).
 1878. LACOMBE, boulevard Malesherbes, 20, Paris.
 1876. LADREIT DE LA CHARRIÈRE, rue Bonaparte, 1, Paris.
 1876. LADMIRAL, rue du 14-Juillet, 7, Corbeil (Seine-et-Oise).
 1883. LACROUZILLE, Périgueux (Dordogne).
 1883. LACOT Y MARTINEZ, Porto-Rico.
 1885. LADROITTE, Brunoy (Seine-et-Oise).
 1889. LAFFITE, rue Flatters, 12, Paris.
 1874. LAILLER, rue de Bruxelles, 3, Paris.
 1888. LANGENHAGEN (De), cité Rougemont, 3, Paris.
 1888. LAPERVENCHE, Ribérac (Dordogne).
 1882. LARABRIE (E. DE), rue du Gigant, Nantes (Loire-Inf^{re}).
 1885. LARGEAU, Niort (Deux-Sèvres).
 1879. LATASTE, rue Radzivil, 9, Paris.
 1879. LAUGIER (Maurice), rue de Clichy, 14, Paris.
 1887. LAUMET, Troyes (Aube).
 1888. LAUNOIS, rue de la Victoire, 12, Paris.
 1881. LAURAND (Georges), avenue Kléber, 77, Paris.
 1881. LE BAIL, Le Mans (Sarthe).
 1882. LEBLOND, rue d'Hauteville, 53, Paris.
 1877. LEBREDO, Consulado, 126, Cuba (La Havane).
 1883. LE CLERC, place du Château, Saint-Lô (Manche).

XIV LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

1883. LEDIBERDER, Lorient (Morbihan).
 1876. LEDOUBLE, Tours (Indre-et-Loire).
 1876. LEDRU, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
 1887. LEFÈVRE, route de Montrouge, 95, Malakoff (Seine).
 1886. LÉGÉE, Abbeville (Somme).
 1889. LEGRAND, Suez.
 LEGROUX, rue de Rivoli, 178, Paris.
 1888. LEJARD, Salies-de-Béarn, Paris.
 1877. LEMAISTRE, Limoges (Haute-Vienne).
 1886. LÉONARD, Sedan (Ardennes).
 1888. LEPAGE, rue Godot-de-Mauroy, 10, Paris.
 1886. LEROY, Faculté de Lille (Nord).
 1877. LEROY DES BARRES, Saint-Denis (Seine).
 1877. LESOUEF, Criquetot-sur-Ourville, par Yerville (S.-Inf.).
 1888. LEUDET, Rouen (Seine-Inférieure).
 1877. LEVIEUX, Bordeaux (Gironde).
 1881. LEVRAT, Lyon (Rhône).
 1889. DE LOSTALOT, Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).
 1874. LUY, rue de Grenelle, 20, Paris.
 1874. MALHERBE, père, Nantes (Loire-Inférieure).
 1874. MALHERBE (Alb.), Nantes (Loire-Inférieure).
 1889. MANTEL (Paul), Saint-Omer.
 1877. MARCHAND, rue Lafayette, 83 bis, Paris.
 1877. MARJOLIN, rue Chaptal, 16, Paris.
 1877. MARTIN (E.), Genève (Suisse).
 1888. MARTY, rue Saint-Denis, 237, Paris.
 MASSALONGO, Vérone (Italie).
 1879. MAUNOURY (G.), place du Théâtre, Chartres (E.-et-L.).
 1889. MAURANGE, rue Littré, 11, Paris.
 1882. MAYOR, place du Lac, 1, Genève (Suisse).
 1889. MÉNARD (Joseph), Matignon (Côtes-du-Nord).
 1882. MÉRICAMP, Biarritz (Basses-Pyrénées).
 1885. MERKLEN, rue de la Boétie, 60, Paris.
 1885. MIERZEJEWSKI, Académie Méd.-chir., St-Pétersb. (R.).
 1888. MINOR, rue Pokrowka, maison Sirotinine, Moscou (Russie).
 1883. MOCQUOT, Appoigny (Yonne).
 1883. MOLLOY, quai du Louvre, 16, Paris.
 1888. MONNIER, rue des St-Pères, 76 bis, Paris.
 1880. MONOD (E.), Bordeaux (Gironde).
 1883. MONOD (L.), avenue Friedland, 24, Paris.
 1889. MONPROFIT, boulevard de Laval, 40, Angers.
 1878. MORISSET, Mayenne (Mayenne).
 1880. MOSSÉ, Montpellier (Hérault).
 1888. MOULONGUET, rue du Soleil, 4, Amiens.
 1884. MOUTON (Ern.), rue Hoche, Cannes (Alpes-Maritimes).
 1874. MOYNIER, rue Caumartin, 19, Paris.
 1888. MULETTE, Pont-Ste-Maxence (Oise).
 1874. NÉGRIÉ, Bordeaux (Gironde).
 1883. NEUGEBAUER (F.), rue Leszno, 31, Varsovie (Pologne).
 1879. NITOT, rue de Provence, 18, Paris.
 1879. NIVERT, rue Bayard, 22, Paris.

1879. NOVARO, Buenos-Ayres (République Argentine).
 1888. ODRIOZOLA, calle de los Estudios, 127, Lima (Pérou).
 1879. OLIVIER, Rouen (Seine-Inférieure).
 1888. OZENNE, rue de la Victoire, 67, Paris.
 1888. OULMONT, rue d'Aumale, 9, Paris.
 1879. PAINETVIN, Fresnoy-le-Grand (Aisne).
 1888. PAMPOUKIS, Athènes.
 1879. PAQUET, Lille (Nord).
 1879. PARIS, Angoulême (Charente).
 1887. PASSERINI (Gildo), via Galliani, 27 (Turin).
 1879. PASTEAU, boulevard Voltaire, 147, Paris.
 1889. PASTURAUD, Etampes (Seine-et-Oise).
 1879. PAUFFARD, Dijon (Côte-d'Or).
 1879. PÉAN, place Vendôme, 21, Paris.
 1879. PELTIER, Sedan (Ardennes).
 1888. PERAIRE, rue Saint-Lazare, 37, Paris.
 1884. PÉREZ (de), Buenos-Ayres (République Argentine).
 1886. PERRIN (Léon), rue Paradis, 142, Marseille.
 1876. PERRIN DE LA TOUCHE, Rennes (Ille-et-Vilaine).
 1888. PETIT (Paul), rue Racine, 30, Paris.
 1877. PETITFILS, Vierzon (Cher).
 1878. PETON, Saumur (Maine-et-Loire).
 1878. PEYRAUD, Libourne (Gironde).
 1873. PEYROT, rue Laffite, 18, Paris.
 1878. PICHARDO, La Havane (Cuba).
 1881. PIÉCHAUD, Bordeaux (Gironde).
 1883. PILLOT, rue Thomas-Maure, 5, Auxerre (Yonne).
 1887. PLANCHARD, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
 1883. PLANCHON, rue Cambacérès, 5, Paris.
 1883. PLANTEAU, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger.
 1887. PODWISSOZKI, fils, Acad. de médecine, St-Pétersbourg.
 1883. POISSON, rue Lafayette, 12, Nantes.
 1888. POUPINEL, rue du Faubourg-Saint-Honoré, 225, Paris.
 1888. POZZI, à l'Ecole de médecine de Reims (Marne).
 1874. PRUSNEAU, L'Isle (Yonne).
 1884. QUERMONNE, rue du Pont-St-Jacques, Caen (Calvados).
 1884. RAGOT, Pont-Audemer (Eure).
 1876. RAYMOND (F.), rue de Rome, 21, Paris.
 1888. REDARD, rue de Constantinople, 2.
 1888. REGNAULT, chirurgien-major, à l'Hôtel-Dieu, Marseille.
 1879. REIGNIER, Moulins (Allier).
 1880. RENAULT, Chaussée d'Antin, 58 bis, Paris.
 1880. REVERDIN, Genève (Suisse).
 1886. REVILLIOD, rue Etienne-Dumont, 20, Genève (Suisse).
 1879. REYNIER, rue de Rome, 11, Paris.
 1886. RICHARD MAISONNEUVE, rue Malher, 6, Paris.
 88. RITZO, rue Beiram (Constantinople).
 30. ROCHE, à Toucy (Yonne).
 38. ROLLIN, boulevard Victor-Hugo, 39, Nice.
 77. RONDOT, Bordeaux (Gironde).
 8. ROSAPELLY, rue de Bucy, 10, Paris.
 5. RUAAULT, rue des Pyramides, 3, Paris.

1883. RUMMO (Gaetano), Salvator-Rosa, Naples (Italie).
 1881. SAINTON, Tours (Indre-et-Loire).
 1887. SAVILL, Paddington infirmary, Londres.
 1886. SCHACHMANN, Bucharest (Roumanie).
 1881. SCHEWING, rue de Provence, 19, Paris.
 1881. SCHLOSS, rue d'Hauteville, 20, Paris.
 1888. SCIALOM, Salonique (Turquie d'Asie).
 1888. SECHEYRON, Prof. suppléant à l'Ecole de Médecine, Toulouse.
 1881. SÉE (M.), boulevard St-Germain, 126, Paris.
 1886. SÉGLAS, rue de Mézières, 13, Paris.
 1884. SENÉ, au Lazaret de Pauillac (Gironde).
 1874. SEUVRE, Reims (Marne).
 1874. SÉZARY, Alger (Algérie).
 1887. SKINNER, 170 West 64th Street New-York (E. U.).
 1874. SIREDEY, rue Saint-Lazare, 23, Paris.
 1888. SIREDEY, rue d'Aumale, 26, Paris.
 1886. SLAWJANSKI, Saint-Pétersbourg (Russie).
 1874. SOKEEL, Maubeuge (Nord).
 1874. SPIESS, Genève (Suisse).
 1876. STOICESCO, Bucharest, Strada Calonfere (Roumanie).
 1878. TARNIER, rue Duphot, 15, Paris.
 1878. TEILLAIS, Nantes (Loire-Inférieure).
 1878. TEISSIER fils, Lyon (Rhône).
 1889. TÉMOIN, Bourges (Cher).
 1884. TESTUT, Lyon (Rhône).
 1888. TISON, rue de l'Abbé-Grégoire, 31, Paris.
 1883. TOLEDANO, rue de Bourgogne, 29, Paris.
 1878. TORRÈS, Buenos-Ayres (République Argentine).
 1878. TRIPIER, Lyon (Rhône).
 1877. ULLIAC, Collinée (Côtes-du-Nord).
 1877. URDY, rue de la Banque, 1, Valence (Drôme).
 1888. VILCOQ, Soissons.
 1874. VILLARD, Guéret (Creuse).
 1888. VIVANT, à Monaco.
 1883. VOISIN (J.), rue du Faubourg-Poissonnière, 58, Paris.
 1883. WAST, Vitry-le-François (Marne).
 1887. WINOKOUROFF, rue de Picpus, 76, Paris.
-

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

64^e ANNÉE. — JANVIER 1889

Séance du 4 janvier 1889.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL

Anévrysme de l'aorte, par M. TISON, médecin en chef de l'hôpital Saint-Joseph.

Le nommé B., Victor, âgé de 58 ans, ancien gardien de la paix, entre à l'hôpital Saint-Joseph, salle Saint-Albert, n° 4, le 12 décembre 1888.

On parvient à savoir que son père, ancien gendarme, est mort vieux, que sa mère, morte à 70 ans, avait des douleurs à aboyer comme un chien. Le malade est marié depuis 25 ans, il a deux enfants bien portants, l'un de 25, l'autre de 17 ans. Il a pris sa retraite il y a 6 ans. Il tousse depuis longtemps, se plaint beaucoup de crampes. Il n'a jamais eu de rhumatismes.

Il ne boit que du vin, jamais d'eau-de-vie, mais il ne fait pas d'exercice, dit-il. Il a été soldat pendant 14 ans, a fait la guerre de Crimée en Italie. Ensuite il est resté 12 ans, gardien de la paix. Voilà 12 ans qu'il étouffe, mais ses étouffements sont plus fréquents et plus graves depuis six mois. Il sort de l'hôpital Laënnec où il a passé six semaines.

État actuel. — Ce malade est pâle, anémié, très amaigri. A l'examen du thorax, on voit au niveau de l'articulation de la troisième côte droite et du deuxième espace intercostal du même côté, une légère voussure de la paroi. On y constate des battements isochrones à ceux du cœur et ces battements sont accompagnés d'un mouvement très net d'expansion. L'auscultation révèle au niveau de l'aorte ascendante, un double souffle qui se propage dans les vaisseaux du cou. On entend également un double souffle à l'artère fémorale. La matité précordiale est fort considérable, elle s'étend beaucoup à droite.

L'auscultation du poumon ne permet de constater qu'un grand affaiblissement du murmure vésiculaire, plus prononcé à droite qu'à gauche.

Le malade éprouve de fréquents accès d'étouffement qui ressemblent à des crises très violentes d'angine de poitrine. Le pouls examiné comparativement aux deux avant-bras ne montre aucune différence dans l'intensité des pulsations qui sont isochrones. Il n'y a pas de retard. Les membres inférieurs ne sont pas œdématisés et la face ne présente aucune bouffissure.

Quelques jours plus tard on aperçoit un léger œdème qui commence au milieu de la hauteur de la cuisse droite, se prolonge sur le côté droit de l'abdomen, remonte jusqu'au mamelon droit.

Le 19 décembre, vers une heure de l'après-midi, le malade se rend aux cabinets d'aisance, revient, ôte son pantalon et remonte dans son lit. A peine a-t-il soulevé ses couvertures qu'il jette un cri. Sa tête retombe sur l'oreiller. Il était mort.

L'AUTOPSIE est faite le 21 décembre, à 10 heures du matin.

A l'ouverture du thorax, on trouve les deux plèvres remplies d'une assez grande quantité de liquide jaune citrin. A droite, le poumon est adhérent au diaphragme et à la plèvre costale antérieure. A ce niveau on constate une fausse membrane épaisse, d'aspect et de consistance gélatiniformes. Les parties inférieures des deux poumons sont comprimées et dépourvues d'air. Un morceau détaché tombe au fond de l'eau. Les bords postérieurs des deux poumons sont congestionnés. On ouvre le péricarde. Il s'écoule deux verres environ de liquide rouge qui ressemble à de la sérosité mêlée de sang. On l'incise longitudinalement et on trouve le cœur complètement enveloppé par un caillot noir épais d'un à deux centimètres.

L'aorte ascendante est très dilatée dans sa portion oblique et ascendante. A l'incision de ces deux parties, on constate sur la face latérale droite une large plaque de suffusion sanguine sur laquelle existe une fissure. On incise l'aorte et on la trouve remplie de caillots noirs au centre et fibrineux contre la paroi, celle-ci présente de nombreuses plaques athéromateuses. Cette dilatation qui constitue un anévrysme à la fois cylindrique et sacciforme, s'arrête à l'origine du tronc brachio-céphalique artériel. Au delà, l'aorte présente son calibre normal.

La rate est petite, elle pèse 80 grammes.

Les reins sont également petits, ils sont congestionnés, mais ils se détachent facilement. Le droit pèse 160 gr. et le gauche 130.

Le foie pèse 1340 grammes.

Les autres organes n'ont pas été examinés.

Gangrène pulmonaire massive du lobe supérieur gauche, chez un tuberculeux. — Symphyse cardiaque ancienne, par J. GIRODE, médaille d'or des hôpitaux.

S..., Florentin, 19 ans, entre le 11 décembre 1888 à l'hôpital de la Pitié, salle Serres, lit n° 24, service de M. le Prof. Brouardel, suppléé par M. le Dr Martin.

Ce malade présentait depuis un mois environ des symptômes de bronchite, lorsqu'il y a 15 jours, il se décida à rentrer du Havre à Paris pour se rapprocher de sa famille et faire soigner son affection thoracique. Il fit la route à pied, à marches forcées tout d'abord, puis par petites étapes; vers la fin du trajet, fatigue, dépression, grand malaise. Il arrive harassé, presque se trainant, et se met de suite au lit avec un état fébrile et une prostration ayant fait tout d'abord penser à une fièvre typhoïde. Au bout de quelques jours, on l'amène à la Pitié.

Etat actuel. — Constitution très débilitée. Amaigrissement considérable surtout des membres et de la face. Teint un peu cyanique. Aspect typhoïde. Décubitus dorsal inerte. Langue grisâtre et collante. Anorexie. Soif modérée. Diarrhée. Ventre plat. Tuméfaction de la rate. Pas de taches rosées.

Toux rare. Expectoration purulente, concrète. Douleur profonde dans le côté gauche. Exploration du thorax à peu près négative en avant; respiration obscure et quelques râles vibrants sous la clavicule gauche. En arrière, moitié supérieure du poumon gauche un peu indurée. Matité. Murmure vésiculaire remplacé par une rudesse respiratoire marquée. Côté droit normal. Rien de particulier à l'exploration du cœur. Bruits sourds. Pouls petit et fréquent. Insomnie. Obtusion intellectuelle. Température 40°,7 le soir de l'entrée; aujourd'hui 40°,5 et 41°. Il y a eu une sudation assez marquée les jours qui ont précédé l'entrée. Actuellement la peau est encore assez humide; le cou, le tronc, et un peu la racine des membres sont couverts d'une éruption de sudamina absolument confluentes; vésicules se touchant presque partout, grosses, et un peu louches.

Urines rares, aspect bouillon trouble. Nuage albumineux intense.

Le 13. T. 38° et 40°,3. Prostration plus marquée, yeux excavés. Immobilité. Pas de selles. Urines rares et troubles. Peau moite. Le malade ne prend que quelques cuillerées de lait.

Le 14. T. 40° et 39°,2. Les signes d'induration du sommet gauche sont plus marqués en avant et en arrière. Râles muqueux plus abondants. Expectoration jaune sa le.

Le 15. T. 38°,3 et 41°.

Le 16. T. 40°,3 et 40°,7. Teint de nouveau plus cyanique. Langue grillée. Pouls petit. Sueurs. Constt. .

Le 17. T. 40°,5 et 39°,7.

Le 18. T. 40° et 41°. Haleine fétide surtout après la toux. Expectation plus rare, épaisse, brunâtre, également fétide. Sous la clavicule gauche, silence respiratoire, matité, gros râles simulant du goullement. Signes encore plus marqués en arrière. Pas de fièvre; la respiration est très faible, ralentie.

Le 19. T. 39°,7 et 41°,2. L'odeur gangréneuse de l'haleine et des crachats est plus marquée et se répand dans la salle autour du malade. Térébenthine. Pulvérisations phéniquées.

Le 20. T. 39°,7 et 40°,2. Légère agitation. Subdélire.

Le 21. T. 38°,7 et 41°. Odeur gangréneuse extrêmement pénétrante. Expectoration collante, brun sale; stries sanguinolentes. Respiration très superficielle. Gargouillement sous la clavicule gauche.

Le 22. T. 38° et 40°,5.

Le 23. T. 39°,5 et 40°,7. Odeur putride répandue tout autour du malade. Toux et expectoration presque supprimées. Retour de diarrhée; évacuations involontaires. Peau sèche, desquamation écailleuse à la suite des sudamina.

Le 24. T. 39°,7 et 39°,5. État comateux. Teint presque noirâtre. Pouls insensible.

Le 25. T. 39°,7. Mort pendant la visite.

AUTOPSIE le 26. — La plèvre gauche contient quelques cuillerées d'un liquide épais et brunâtre, incomplètement enkysté dans la région pleuro-péricardique par des adhérences récentes. En détergeant ces parties, on découvre un peu au-dessus et en avant du hile du poumon, une perforation arrondie de 1/2 centim. de diamètre, et qui communique avec le foyer gangréneux. Le poumon gauche est augmenté de volume et de consistance. Tout le lobe supérieur, moins une légère languette antéro-inférieure, est occupé par un foyer gangréneux qui empiète même en quelques points sur le lobe inférieur à travers la plèvre interlobaire adhérente. La masse gangréneuse tend à s'isoler par un sillon d'élimination de la plèvre épaissie et réduite à une sorte de paroi kystique. Les parties mortifiées sont noires, déchiquetées, s'en allant en débris, rattachées à la périphérie aux parties voisines par quelques brides fibreuses ou des vaisseaux oblitérés. Après l'action d'un filet d'eau sur la masse ramollie, il reste un amas rappelant la filasse. Une odeur gangréneuse pénétrante s'en dégage.

La partie encore solide de ce lobe est lourde, friable, d'une teinte gris sale, donnant du suc brunâtre à l'expression. Un aspect analogue se retrouve dans les parties adjacentes du lobe inférieur dans une étendue très notable. Et de plus, dans toute cette région, il existe déjà un grand nombre de petites cavités à parois irrégulières et très molles; elles représentent tout autant de cavités rapidement développées par mortification du tissu induré et infiltré. Le poumon est ici comme labouré de ces excavations lobulaires.

Tout le reste du lobule inférieur gauche est injecté, d'un rouge foncé et parsemé d'une éruption tuberculeuse confluyente. Les tubercules représentent soit des granulations grises ténues, soit plus souvent des granulations confluentes réunies en amas mûrifformes avec teinte et aspect caséux commençants.

Plèvre droite vide. Poumon droit assez volumineux, emphysémateux, œdématisé; congestion de la base. Pas de tubercules de ce côté.

Ganglions caséo-crétacés autour du hile du poumon gauche et dans le feuillet gauche du médiastin. Les autres ganglions de la région gros, noirs et ramollis.

Symphyse cardiaque, complète, ancienne avec épaissement fibreux.

assez considérable du péricarde. Cœur de volume normal. La consistance est diminuée. Paroi un peu atrophiée ; légère dilatation des cavités droites surtout. Myocarde décoloré, jaunâtre. Appareil valvulaire sain. Aorte normale.

Foie un peu augmenté de volume, mou, pâle. Sur la coupe, quelques flots à teinte hémorrhagique, tranchant sur la décoloration uniforme. Les fragments plongent très lentement au fond de l'eau.

Rate doublée de volume, ramollie.

Reins gros et consistants. Décortication facile. La substance corticale semble épaissie, elle est très pâle. Centre des pyramides également décoloré, leur périphérie au contraire d'un brun noir. Tube digestif normal,

Cerveau d'aspect ordinaire. La moelle cervico-dorsale repose en arrière sur un coussinet adipeux et oedémateux d'une grande épaisseur, qui en imposait au premier abord pour la substance médullaire elle-même ramollie et diffuse ; mais l'axe nerveux est sain.

RÉFLEXIONS. — Laënnec avait déjà signalé la possibilité de la gangrène chez les phtisiques, mais une gangrène parcellaire occupant la paroi des cavernes. Ces faits tenaient tout entiers dans l'expression clinique, l'apparition éventuelle d'expectoration fétide gangréneuse dans le cours d'une phtisie classique.

Au contraire, la gangrène massive, qui amène l'altération du poumon quand elle ne tue pas tout à fait le malade, n'a été qu'exceptionnellement observée, et dans les travaux récents qui peuvent être considérés comme les archives de la tuberculose, la monographie Grancher-Hutinel du *Dictionnaire encyclopédique*, et le livre Hérard-Cornil-Hanot, on ne trouve mentionnées que deux observations tirées de la thèse de Liandier (1880) et dues à Ramhdor, à Banks. Nous avons retrouvé dans nos notes, l'observation d'un malade du service de M. Guyot, à l'hôpital Beaujon (salle St-François, lit n° 15, novembre 1886), qui peut être rapprochée des faits précédents. Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, atteint d'une bronchite tuberculeuse commençante, depuis quelques mois, et qui à la suite de marche forcées, refroidissement, coucher dans les granges, entrainé à l'hôpital avec les signes rationnels d'une gangrène pulmonaire, et les signes physiques d'une induration assez étendue du sommet droit en arrière. Ici les parties mortifiées s'éliminaient, faisant place très rapidement à des signes cavitaires : puis la maladie reprenait la marche de la phtisie chronique avec tout son cortège symptomatique et bacilles dans les crachats.

Dans ces deux faits personnels, le surmenage semble bien avoir joué un rôle pathogénique adjuvant des plus importants ; on sait comment, chez les sujets forcés, ou mourant avec un épuisement nerveux considérable, l'invasion des phénomènes de putridité est plus facile. La symphyse cardiaque qu'on peut voir sur les pièces que nous présentons, ajoutait le facteur nouveau, et point du tout négligeable, de conditions circulatoires défectueuses. Il n'est pas étonnant qu'en face de telles causes, le nouveau processus morbide, grave et destructif, qui menace l'organisme, se localise sur le point déjà malade, *locus minoris resistentiæ*. Le poumon se mortifie ; et les pullulations microbiennes accessoires dont cet organe est le siège, encore plus chez les phtisiques qu'ailleurs, fournissent aisément aux points mortifiés de quoi passer à la putréfaction, à la gangrène proprement dite, suivant la conception moderne des processus gangréneux.

Rapport sur la candidature de M. Achard, au titre de membre-adjoint de la Société anatomique, par M. WIDAL.

Parmi les présentations faites à la Société anatomique par M. Achard, je relèverai tout d'abord un cas de mélanose généralisée qui offre quelques particularités intéressantes. Indépendamment des tumeurs sarcomateuses qui existaient en innombrable quantité, l'infiltration mélanique occupait encore quelques éléments normaux de l'organisme en particulier les cellules des cartilages costaux. Des faits analogues ont été quelquefois observés : on a vu de même la mélanose infiltrer à la fois les éléments néoplasiques des tumeurs et les éléments normaux, préexistants, de divers tissus. L'observation qui nous occupe peut être rapprochée des cas désignés parfois sous le nom de mélanomes simples et que MM. Cornil et Ranvier décrivent sous la dénomination de « masses mélaniques simples, circonscrites sous forme de tumeurs (1) ». Ces derniers auteurs insistent sur la pigmentation que présentaient, dans le fait observé par eux, les cellules appartenant aux travées du grand épiploon et les éléments épithéliaux des acini mammaires ; ils font remarquer que la constatation de la mélanose dans des tissus non vasculaires est un argument de grande valeur contre l'opinion qui attribue à une simple pénétration du pigment la présence de granulations mélaniques dans les éléments cellulaires. On pourrait à la rigueur objecter que les granulations de la mélanose pathologique ont été transportées au sein de ces tissus privés de vaisseaux par l'intermédiaire d'éléments migrants, et c'est là une

(1) CORNIL et RANVIER. *Manuel d'histologie pathologique*, 2^e édit., t. I, p. 375.

opinion qui a été émise pour expliquer l'origine du pigment physiologique dans l'épiderme normal (1). L'observation de M. Achard renverse absolument cette objection et, à cet égard, elle confirme d'une façon plus frappante encore que les faits précédemment cités, l'opinion de MM. Cornil et Ranvier. En effet, la substance fondamentale du cartilage opposait ici une barrière infranchissable au prétendu transport des granulations pigmentaires et l'on ne saurait, par suite, concevoir l'existence de la matière mélanique dans les cellules cartilagineuses, que comme le résultat de l'activité propre de ces cellules elles-mêmes.

Je signalerai encore les procédés de coloration appliqués par M. Achard à l'étude de la graisse et de la myéline. On sait quel intérêt il y a, pour les recherches anatomo-pathologiques, à colorer ces substances alors que l'acide osmique ne donne point de bons résultats, par exemple après un long séjour des pièces dans les liquides chromiques. Le bleu de quinoléine et le vert malachite peuvent être employés avec succès dans ces conditions : ce dernier réactif surtout, qui résiste mieux à l'action décolorante de la lumière, donne des préparations plus durables. Une autre substance, la teinture d'orcanette, permet d'obtenir, d'une façon notablement plus simple que la méthode de Weigert, la coloration de la myéline. Elle peut être utilisée aussi bien dans les recherches portant sur les centres nerveux que sur les nerfs périphériques. En outre, comme elle agit différemment sur la graisse et sur la myéline, elle fournit un procédé avantageux pour l'étude des corps granuleux.

Sarcomatose péritonéale, par le Dr CASTEX, ancien chef de clinique chirurgicale, à l'Hôtel-Dieu (2).

Un homme d'une cinquantaine d'années entrant au commencement de 1888 dans le service du Dr Richet, à l'Hôtel-Dieu, pour y être traité d'une tumeur de la fosse iliaque interne gauche. Ses antécédents de santé étaient satisfaisants. Quelques mois avant il avait commencé à souffrir dans la partie postérieure de la cuisse gauche. Ces douleurs augmentant, il avait été contraint d'abandonner tout travail et avait pris un lit dans un service de médecine. Il y séjourna 2 mois, fut considéré comme atteint d'une névralgie sciatique et traité par les pulvérisations de chlorure de méthyle.

A son entrée chez M. Richet (1^{er} février 1888) on relevait les symptômes suivants :

Douleurs très vives dans la cuisse gauche, en avant sur le trajet du crural et en arrière sur le sciatique. La pression sur le trajet de ces nerfs et les mouvements spontanés du malade exaspéraient ces douleurs. Œdème moyen de tout le membre, depuis sa racine jusqu'aux malléoles, sans changement de couleur à la peau.

Par la palpation de la fosse iliaque interne gauche, on reconnaît

(1) G. RIEHL. *Vierteljahrs. f. Dermatol. u. Syph.*, 1884.

(2) A l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.

la présence d'une tuméfaction résistante, irrégulière, comme lobée, qui fait admettre l'hypothèse d'une adénopathie dans les ganglions iliaques.

En examinant le plan postérieur de la région, on constate un effacement du pli fessier, et le palper révèle une masse assez volumineuse à la moitié postérieure de la fosse iliaque externe gauche, tandis que sa moitié antérieure est manifestement moins dépressible qu'à droite.

Depuis quelques mois la santé générale du malade périclitait. Il a maigri, se plaint d'inappétence, de constipation et d'insomnie.

Pendant les deux premiers mois de son séjour dans le service, les forces déclinaient, les douleurs augmentaient dans la cuisse et la fesse gauches, ainsi que l'œdème du membre. Le diagnostic fut modifié, et on pensa qu'il s'agissait d'un ostéosarcome du bassin.

Au mois d'avril, la partie externe de la cuisse gauche prend, sur une assez grande étendue, une rougeur érysipélateuse et devient très douloureuse. Le malade a de la fièvre. La fluctuation se manifeste et l'abcès ouvert donne issue à une grande quantité de pus. L'exploration avec une sonde cannelée montre que la collection purulente est simplement sous-cutanée, mais sur une large étendue. Quelques jours plus tard, abcès semblables dans la région sacrée. Guérison rapide de ces abcès.

Puis le malade alla, se cachectisant de plus en plus. Les fonctions digestives surtout étaient troublées. Tendance marquée à la constipation. Les douleurs subissaient des variations d'intensité. L'antipyrine, à la dose de 3 gr. par jour, soit à l'intérieur, soit en injections sous-cutanées, réussissait médiocrement à les calmer. Seules les injections de morphine en avaient raison. Sans cause appréciable, l'œdème du membre inférieur gauche augmentait ou diminuait.

Au mois d'octobre 1888, premières difficultés pour uriner. On met une sonde à demeure pendant deux semaines. On la retire et le malade peut alors plus facilement uriner.

L'amaigrissement est extrême. Toux. Râles de bronchite sans prédominance aux sommets. Aux douleurs dans la cuisse, viennent s'ajouter des douleurs dans la fosse lombaire gauche. Endolorissement diffus de l'abdomen, surtout au-dessus du ligament de Fallope à gauche. Sensation d'empatement de la paroi abdominale antérieure qui semble épaissie, infiltrée. Les parties molles qui recouvrent l'os iliaque, sur les côtés et en arrière, sont d'une coloration rouge sombre, œdématisées, luisantes.

Enfin, dans les premiers jours de novembre, le malade est emporté par la cachexie progressive, avec cette particularité qu'avant la mort l'œdème du membre inférieur gauche avait presque disparu.

En somme : il s'agit d'un homme emporté en moins d'un an, par une affection de diagnostic douteux, ayant pour siège les deux fosses iliaques interne et externe gauches, ayant amené au début des névralgies sciatiques et crurales puis des tuméfactions au niveau du bassin, considérées d'abord comme une lésion des ganglions iliaques, puis comme un ostéosarcome du bassin, compliqué d'accidents inflammatoires, et ayant retenti sur les fonctions intestinales et vésicales.

L'autopsie seule pouvait renseigner exactement sur le siège et la

nature du mal. En voici les détails qui, rapprochés des manifestations cliniques, nous ont paru d'un intérêt particulier.

AUTOPSIE. — Longue incision médiane de la fourchette sternale à la symphyse pubienne.

Dès l'ouverture du péritoine on constate que la cavité abdominale est remplie par une masse d'aspect sarcomateux, blanc grisâtre, bosselée, avec de fines arborisations vasculaires qui se montrent plutôt sur les parties saines que sur les parties malades du péritoine. La dégénérescence néoplasique est diffuse. Les parties les plus atteintes sont les régions inférieures du péritoine pariétal. Le néoplasme s'y montre sous forme de masses jaunâtres, lobulées et médiocrement dures.

Intestin grêle distendu. Sur tout le mésentère on voit des petites veines blanchâtres, du volume d'une noisette, à deux ou trois centimètres du bord adhérent de l'intestin, qu'on pourrait prendre de prime abord pour des ganglions, mais qui sont en réalité des petits dépôts néoplasiques.

Gros intestin. Épaississement considérable des appendices épiploïques qui semblent infiltrés par le néoplasme.

Épiploon. C'est lui qui présente le maximum des lésions. Il est très épais, surtout dans la moitié inférieure où il mesure jusqu'à 3 centimètres. On pourrait le comparer à un cerveau étalé.

Rate. Plutôt diminuée de volume, flétrie, diffluente. On voit quelques petits noyaux néoplasiques principalement à la surface de l'organe et dans les points où le péritoine forme son pédicule.

Vessie. La vessie est épaissie parce que le péritoine qui la recouvre est lui-même infiltré, mais rien de particulier du côté de la muqueuse.

Reins. Mous, décolorés, un petit kyste à droite.

Foie. Un peu gros, pas de dégénérescence.

Estomac dilaté, gros noyaux néoplasiques sur la petite courbure. Tous les replis péritonéaux qui l'abordent sont infiltrés par ces masses dures et grisâtres.

Fosse iliaque interne gauche. Toutes les parties molles y sont envahies, notamment la moitié inférieure du muscle psoas qui se trouve transformée en un bloc encéphaloïde. Les ganglions sont englobés dans la dégénérescence de la région, mais ils ne semblent pas plus spécialement intéressés.

Fosse iliaque externe. Les muscles de la fesse sont envahis par des noyaux disséminés dans leur épaisseur. Cet envahissement paraît s'être fait par-dessus la crête iliaque, car immédiatement au-dessus de l'épine postéro-supérieure, le doigt s'enfonce facilement dans une masse ramollie qui met en continuité les masses néoplasiques des fosses iliaques interne et externe. Cependant une coupe transversale de l'os iliaque montre que cet os est ramolli ; mais sans être manifestement envahi par le néoplasme dans les couches profondes.

Poumons congestionnés, emphysémateux, non tuberculeux aux nœuds.

Cœur pâle, pas de néoplasme.

Système ganglionnaire. Dans les aisselles, de chaque côté, un ou six ganglions. À gauche ils sont ramollis et difficiles à enlever. Rien ailleurs, pas même dans les ganglions de l'aîne.

Cerveau. Normal.

RÉFLEXIONS. — Bien que l'autopsie n'ait pas permis de fixer le point de départ exact du néoplasme dans la fosse iliaque, il est remarquable de constater que l'extension s'est prononcée tout spécialement sur le péritoine et ses diverses dépendances. Les viscères sont indemnes, notamment le foie et les poumons, les ganglions sont relativement épargnés (sauf à l'aisselle), mais la grande sèreuse abdominale est presque partout envahie (grand épiploon, péritoine pariétal, mésocôlon, mésentère, franges épiploïques). On s'explique de la sorte comment l'intestin et la vessie se trouvaient compromis dans leurs fonctions, gênés qu'ils étaient par cette espèce de carapace néoplasique.

L'examen histologique pratiqué par M. Hallion, interne des hôpitaux, établit qu'il s'agissait d'un sarcome globocellulaire type. Dans les muscles, une multitude de cellules embryonnaires dissociaient les fibres musculaires. Les coupes ont été colorées au picro-carmin et à l'hématoxyline.

Que ce sarcome se soit développé primitivement ou secondairement dans le péritoine, il n'en constitue pas moins un fait très rare qui explique les hésitations qu'avait subies le diagnostic. Les tumeurs du péritoine sont principalement des maladies kystiques, gélatineuses, des lipomes, des tumeurs végétantes à forme colloïde ou myxomateuse, mais le sarcome est assez rare pour que Spilmann et Ganzinotty déclarent, dans l'article « Tumeurs du péritoine » du *Dictionnaire encyclopédique*, qu'il n'est pas possible d'en faire, en l'état actuel de nos connaissances, la description clinique et anatomo-pathologique.

On remarquera encore que le néoplasme semble s'être développé de proche en proche sur les diverses portions du péritoine sans recourir à la diffusion par les lymphatiques, nouvelle preuve que le sarcome se propage de préférence par la voie sanguine.

De quelques rapports anatomiques de la glande sous-maxillaire, par M. A. RICARD, ancien prosecteur des hôpitaux, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine.

On se figure volontiers la glande sous-maxillaire de forme ovoïde, encadrée entre les deux ventres du muscle

digastrique, répondant à la partie moyenne du maxillaire inférieur et logée à la face interne de cet os.

Ce sont là autant d'idées erronées, prenant leur origine dans les dessins de nos livres d'anatomie, plus encore que dans le texte, d'ailleurs un peu vague et souvent contradictoire, de nos auteurs classiques. Et cependant, s'il est une région dont la description précise soit indispensable au chirurgien, certainement la région sous-maxillaire est une de celles-là.

Il nous suffira de quelques citations faites parmi nos meilleurs auteurs pour confirmer notre assertion. Nous lisons dans le livre de M. Richet :

« La glande sous-maxillaire à l'état normal forme un relief à peine sensible au-dessous du maxillaire ; elle est en effet maintenue dans sa *fossette osseuse* par l'aponévrose cervicale, qui s'oppose à son déplacement, et ce n'est qu'après avoir enlevé cette lame fibreuse qu'elle tend à faire saillie. »

Quelques lignes plus loin, M. Richet (1) dit avec plus de raison que « en haut, la glande repose à la *face interne du muscle ptérygoïdien interne* ».

Pour M. Sappey, la glande est située immédiatement *au-dessus du tendon du digastrique* qu'elle recouvre.

Par sa face supérieure, elle répond à la face interne du corps de la mâchoire, légèrement excavé à ce niveau. Ainsi M. Sappey fait descendre la glande assez bas dans le cou, puisqu'il la fait recouvrir le tendon du digastrique, mais il la place en haut sur un plan plus antérieur que ne le fait M. Richet, puisqu'il ne parle que de son rapport avec la fossette sous-maxillaire et non avec le muscle ptérygoïdien interne.

M. Tillaux est plus affirmatif encore que M. Sappey (2). Il renvoie le lecteur aux figures de son ouvrage où la glande disséquée et libérée est montrée dans l'encadrement des deux chefs du digastrique.

« La glande sous-maxillaire, dit-il, se trouve, dans l'attitude normale de la tête, *cachée en partie* par le corps de la mâchoire inférieure à laquelle elle répond directement et qui en conserve d'ailleurs l'empreinte.

(1) A. RICHT. *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*. Paris, 3^e édit., 1877, p. 625-626.

(2) SAPPEY. *Anat. descript.*, 3^e édit., t. IV, 1877, p. 86.

En examinant les figures 119 et 120 le lecteur se fera, dit-il, une idée très nette des rapports assez complexes de la glande sous-maxillaire.

Cependant quelques lignes plus bas, M. Tillaux (1), confirmant la note qu'il avait ajoutée à la page précédente, mentionne que la glande débordé en bas les tendons du digastrique.

« *Encadrée* en quelque sorte par les ventres antérieur et postérieur du digastrique qu'elle débordé *presque toujours par en bas*, la glande repose profondément sur les muscles mylo-hyoïdien et hypoglosse.

M. Farabeuf (2) se prononce de la sorte à propos de la ligature de l'artère linguale.

L'os hyoïde est quelquefois situé très haut, ou, si l'on veut, la glande sous-maxillaire descend quelquefois très bas (chez les femmes) au point même de découvrir la grande corne de l'os hyoïde.

L'opinion de Cruveilhier nous semble se rapprocher davantage de la vérité.

Car cet auteur envisage les rapports de la glande; suivant que la tête est fléchie ou étendue.

Lorsque la tête est renversée en arrière, la glande apparaît tout entière dans la région sus-hyoïdienne (3).

En haut, elle répond au muscle ptérygoïdien, et aux ganglions lymphatiques nombreux qui longent la base de la langue. »

Mais cependant Cruveilhier revient à cette phrase partout reproduite.

« La glande est *circonscrite par la courbe du tendon digastrique* qu'elle débordé en bas. »

Ce que l'on admet généralement d'après la description des auteurs classiques c'est, on le voit, l'encadrement de la glande sous-maxillaire par les deux ventres du muscle digastrique. Cependant l'on accorde qu'une partie de la glande peut déborder légèrement, par en bas, le tendon du muscle.

Pour nous, ce n'est pas ainsi qu'il faut comprendre la situation et les rapports de la glande sous-maxillaire. Des coupes et des dissections variées nous ont démontré que cet

(1) TILLAUD, *Traité d'anat. topographique*, 2^e édit., p. 388.

(2) *Précis de Manuel opératoire*, p. 79.

(3) *Traité d'anatomie*, t. II, p. 68, 2^e édit.

organe descendait beaucoup plus bas qu'on ne l'affirmait, que la partie sous-jacente au muscle digastrique était au moins aussi importante que celle que circonscrit la concavité du muscle, et qu'il fallait absolument considérer la glande comme située à la face externe et non au-dessus du muscle digastrique. Cette disposition de la glande est une des causes les plus fréquentes d'erreur pour les élèves qui tentent la ligature de l'artère linguale. Trompés par leurs souvenirs anatomiques, mal servis par une incision rectiligne trop élevée, trop près du bord inférieur du maxillaire, ils vont *au-dessus de la glande* ou à travers elle à la recherche de points de repère qu'ils ne sauraient trouver.

Sans doute, un anatomiste exercé ne commettra pas cette erreur, reconnaîtra la glande et cherchera très en bas son bord inférieur, mais, si les chirurgiens veulent bien faire appel à leur souvenir d'amphithéâtre ils se souviendront que bien souvent ils ont dû péniblement descendre à travers une incision trop élevée, jusqu'au bord inférieur de la glande qu'ils pensaient exceptionnellement située très bas. Cette situation très inférieure de la glande est en réalité habituelle lorsque la tête est dans l'attitude normale de la ligature.

En affirmant ces notions nouvelles, nous tenons à faire remarquer que les rapports défectueux qui jusqu'ici ont été assignés sont dus à ce que l'on a trop envisagé la glande *après dissection*, lorsque libérée de ses adhérences, elle a été pelotonnée, soulevée et inconsciemment rétractée sous le maxillaire inférieur. C'est qu'en général, l'anatomiste préoccupé de la région profonde songeait plus à ce que cachait la glande qu'à la glande elle-même.

Lorsque le scalpel a enlevé la peau, la couche sous-cutanée et le muscle peaucier, il est facile d'apercevoir la glande sous-maxillaire recouverte par une aponévrose mince et transparente qui est l'aponévrose superficielle du cou. Si l'on se contente alors de cette dissection et qu'on envisage les rapports de la glande *en place*, on voit que sa face externe aplatie n'est nullement convexe, que la glande présente une base large et épaisse située en haut, et un sommet plus mince, irrégulièrement dentelé, dirigé verticalement en bas. La partie visible de la glande est située tout entière *dans la moitié postérieure de la région sus-hyoïdienne latérale*.

En *haut*, quelques ganglions lymphatiques de volume très variable, à grand axe parallèle au bord du maxillaire, s'insinuent entre le bord supérieur de la glande et l'os.

Le *bord postérieur*, d'abord vertical puis légèrement oblique en bas et en avant, est contigu au bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoidien ; fait dont on se rend très bien compte, si, suivant les conseils de M. Richet, on laisse le muscle non disséqué, normalement étalé dans sa gaine et fixé à l'angle de la mâchoire par son aponévrose d'insertion faciale. Dans cette situation, le ventre postérieur du digastrique et le muscle thyro-hyoïdien sont complètement

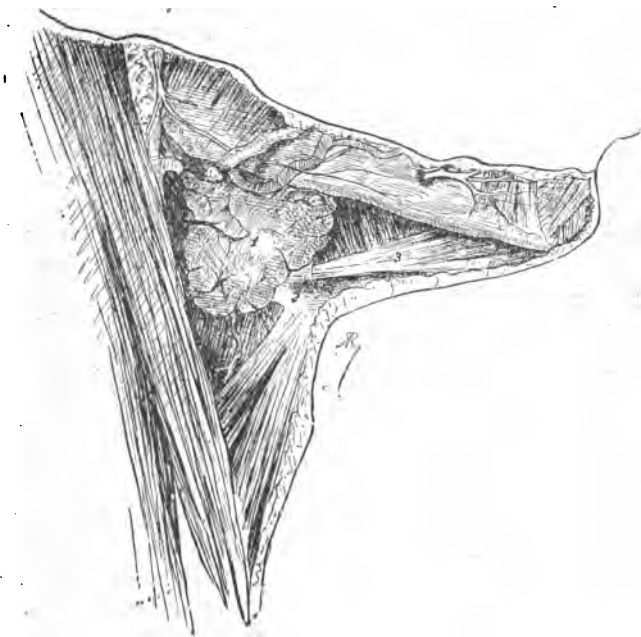


FIG. 1. — 1. Glande sous-maxillaire. — 2. Os hyoïde. — 3. Ventre antérieur du digastrique.

recouverts par la face profonde de la glande ; le ventre antérieur du muscle est au contraire fort visible, et n'a que peu ou pas de rapports avec la glande sous-maxillaire.

Par son *bord inférieur* la glande descend sur la poulie de

l'os hyoïde, sur la grande corne de cet os, atteint la *membrane thyro-hyoïdienne dont elle recouvre toujours la plus grande partie*. Dans la plupart des cas elle atteint le bord supérieur du cartilage thyroïde, et, il n'est même pas exceptionnel de voir la glande descendre sur la face interne de ce cartilage dans une étendue de 1 ou 2 centim. Cette disposition, moins fréquente chez l'homme, se rencontre assez souvent chez la femme (1).

Nous n'avons pas trouvé ce fait signalé dans les auteurs, même à titre exceptionnel, et cependant il est bien plus fréquent que l'encadrement de la glande par les deux ventres du digastrique. Nos dissections nous ont fréquemment fait constater cette descente extrême de la glande sous-maxillaire, tandis qu'elles ne nous ont jamais permis de rencontrer la situation dite classique.

Il est facile d'ailleurs de comparer le dessin ci-joint aux figures de nos livres classiques. Dans celles-ci on aperçoit au-dessous de la glande le ventre postérieur du digastrique et le muscle stylo-hyoïdien ; ce qui n'est possible qu'après le soulèvement artificiel de la glande sous-maxillaire.

Le *bord supérieur* est loin de s'élever aussi haut qu'on le suppose, il répond presque tout entier à l'insertion inférieure du muscle ptérygoïdien interne et très peu à la prétendue fossette sous-maxillaire qui ne loge le plus souvent qu'un petit prolongement glandulaire. Entre la glande et l'os sont logés les ganglions lymphatiques, de sorte que contrairement à l'opinion de M. Richet, on doit dire que *la glande est presque tout entière dans le cou* et à peine recouverte par le bord inférieur de l'os.

C'est ce dont il est facile de s'assurer d'après la coupe, dessinée ci-contre.

D'ailleurs les recherches d'anatomie comparée vérifient d'une façon absolue la vérité de nos assertions. Des pièces remarquables ont été déposées au musée de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux par notre collègue et ami M. Sébilleau. Il est facile d'y voir que, dans diverses espèces de la série

(1) Dans la pièce que nous avons présentée à la Société anatomique, et qui provenait d'un vieillard de 72 ans, le bord inférieur de la glande sous-maxillaire descendait de 2 centim. sur la face externe du cartilage thyroïde.

animale, les deux glandes sous-maxillaires descendent dans la partie moyenne du cou au point d'en imposer pour les lobes du corps thyroïde, et qu'elles n'ont que peu ou point de rapport avec la cavité buccale, si ce n'est par leur canal excréteur, et que leur forme est allongée et qu'elles sont situées très postérieurement le long des vaisseaux carotidiens et accolées à leur gaine.



FIG. 2. — Coupe verticale et transversale de la glande sous-maxillaire (figure demi-schématique).

1. Glande sous-maxillaire. — 2. Ganglions. — 3. Os hyoïde. — 4. Muscle hyoglosse. — 5. Muscle ptérygoïdien utérin. — 6. Maxillaire inférieur.

En résumé, la glande est aplatie, *située dans la moitié postérieure* de la région sus-hyoïdienne, et non dans sa partie moyenne. Son rapport avec le muscle ptérygoïdien interne suffit pour confirmer, le fait. Par sa face profonde, elle est appliquée sur le ventre postérieur du digastrique, la poulie de ce muscle, le triangle hypoglosso-hyoïdien et la grande corne de l'os hyoïde.

A peine si le tendon du ventre antérieur du digastrique est recouvert par la glande dont le siège est plus postérieur.

Presque toujours la glande atteint le bord supérieur du cartilage thyroïde.

Si elle descend plus bas qu'on ne le pense généralement, par contre, elle ne remonte pas aussi haut qu'on l'a prétendu.

Presque *tout entière située dans le cou*, c'est par le cou que doit être explorée la glande sous-maxillaire dont les lésions auraient très exceptionnellement un retentissement du côté de la cavité buccale.

Il en résulte aussi que pour faire la ligature de l'artère linguale dans le triangle, il convient de se garder d'une *incision trop élevée, trop rectiligne et trop antérieure*. L'incision *courbe* dont la convexité atteint le bord supérieur de la grande corne de l'os hyoïde est celle qui découvre le plus facilement le bord inférieur de la glande et qui nous paraît devoir être recommandée de préférence à toute autre.

M. BROCA constate que dans les exercices opératoires à l'École pratique il a fait exactement la même remarque que M. Ricard. En outre, il semble démontré que certains des auteurs qui ont nié la cachexie strumiprive expérimentale avaient en réalité enlevé les glandes sous-maxillaires au lieu des lobes du corps thyroïde.

M. POIRIER confirme l'opinion de M. Ricard.

Séance du 11 Janvier 1889.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL

Lymphatiques utéro-ovariens, par M. FERD. DREYFOUS.

Dans une des précédentes séances (décembre 1888, p. 980 et 981.) M. Delbet à propos d'un cas d'adénite inguinale d'origine utérine, cite comme un fait nouveau et démontré par son observation que « il existe bien des lymphatiques qui de l'utérus se rendent aux ganglions de l'aîne en suivant le ligament rond » et il ajoute que ces vaisseaux ont été découverts par M. Poirier. Il ne m'appartient pas de traiter la question d'anatomie pure. Mais au point de vue pathologique l'existence de ces adénites inguinales d'origine utérine est signalée par Aubry et par Robert (Thèse de concours 1848) qui vit un chapelet étendu de la partie cancéreuse de l'utérus à la région du pli de l'aîne.

Je rappelle ces deux auteurs que j'ai cités dans une communication faite à notre société en 1877, relative à un fait adénite péri-utérine (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 306).

M. POIRIER. Il n'est pas douteux que Cruveilhier ait parlé des rapports de l'utérus avec les ganglions inguinaux ; mais Mascagni est le seul auteur qui ait décrit et figuré le trajet suivi par les vaisseaux qui vont de l'utérus à la région de l'aîne.

Hypertrophie compensatrice du rein.

M. BROCA. Dans sa note si intéressante sur la régénération et l'hypertrophie compensatrice du rein, M. Tuffier donne comme point de départ à ses recherches un raisonnement mathématique erroné. Sur plus de cent coupes, dit-il, M. Toupet et lui ont mesuré les éléments du rein hypertrophié et ont constaté au micromètre que l'augmentation des diamètres est de $1/4$. Or l'augmentation de volume, en poids, est de 100 0/0. Il faut donc faire intervenir autre chose pour expliquer cet écart.

Il faut remarquer, au contraire, que, les volumes étant proportionnels au cube des dimensions linéaires, le volume nouveau doit être au volume ancien comme 1.25^3 est à 1^3 or $1.25^3 = 1.95$, ce qui n'est pas très loin de 2. Cela ne prouve d'ailleurs absolument pas que la régénération n'existe pas. Les préparations histologiques de MM. Tuffier et Toupet n'en perdent rien de leur valeur et cette erreur de calcul est heureuse pour la Société, si c'est elle qui, réellement, a été le point de départ de ces recherches si importantes.

Maladie pyocyannique : diverses lésions des reins et de l'estomac, par M. CHARRIN et ARMAND RUFFER (1).

Les pièces que nous présentons à la Société sont d'abord des reins provenant de lapins morts de la maladie pyocyannique. Cette présentation complète celles qui ont été faites antérieurement par l'un de nous sur le même sujet.

Un simple examen microscopique permet de reconnaître que les reins que nous montrons sont le siège d'infarctus extrêmement nombreux, puisqu'on en compte 12 sur l'un d'eux et 9 sur l'autre.

(1) A l'appui de la candidature de M. Charrin au titre de membre titulaire.

Le mécanisme de ces infarctus n'est autre que l'embolie parasitaire. Il est facile de s'en convaincre par l'examen microscopique, et aussi par la culture. Si, en effet, on sème dans des milieux appropriés une parcelle du tissu rénal, prise à l'origine de l'infarctus, ou a toute chance de voir apparaître la pyocyanine dans les milieux ensemencés.

Nous rappelons que des préparations histologiques et des pièces microscopiques, soumises à la Société anatomique à diverses reprises, ont établi que le bacille pyocyanique pouvait déterminer dans le rein : des lésions épithéliales, avec ou sans modification apparente à l'œil nu ; des lésions interstitielles, avec état granuleux de la surface ; des lésions dégénératives, la dégénérescence amyloïde.

Si l'on ajoute à cette énumération les infarctus dont nous montrons aujourd'hui de remarquables échantillons, on verra qu'un même bacille est capable de faire apparaître dans un même organe d'une même espèce animale, les lésions anatomopathologiques les plus disparates.

Cette variété d'altérations dépend vraisemblablement de plusieurs facteurs, mais, parmi ces causes, la plus importante paraît être la durée plus ou moins longue de la maladie.

De tous les organes du lapin, le rein est, sans contredit, celui qui, dans la maladie pyocyanique, est de beaucoup le plus souvent le siège d'embolies parasitaires. Toutefois, à titre exceptionnel, ces embolies peuvent se rencontrer ailleurs, dans l'estomac, par exemple, ainsi que le prouve la pièce que nous plaçons sous les yeux de la Société. On voit, à la surface interne de cet estomac de lapin, 27 petites saillies rougeâtres, dont quelques-unes sont exulcérées. Leur pathogénie est celle que nous avons indiquée à propos des infarctus des reins.

Peut-être est-il permis de rapprocher de la théorie microbienne de Böttcher sur les ulcères gastriques, ces altérations que nous observons sur l'estomac d'un lapin, qui a succombé le 20 mars 1888 à l'infection pyocyanique.

Fibromes utérins. — Grossesse. — Dystocie. — Mort par rupture d'un foyer ramolli de la tumeur dans le péritoine, par M. ISCH-WALL, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.

M^{me} Aur..., âgée de 36 ans, charbonnière, entre le 24 décembre dans le service de M. Landrieux à l'hôpital St-Antoine. Elle est en travail depuis deux jours. Un bras du fœtus est en procidence.

Enfance exempte de maladies : réglée à 12 ans : règles régulières pendant quelques mois puis, pendant 1 an aménorrhée à la suite d'un bain froid ; au bout de ce temps, retour de la menstruation qui est irrégulière ; leucorrhée. De 12 à 30 ans chlorose.

A l'âge de 35 ans, cette femme s'aperçut de l'existence d'une tumeur grosse comme une noisette dans son flanc droit ; peu de temps après elle fit une fausse couche de deux mois, dont elle attribue la cause à des excès de travail mais qui n'eut pas de suites fâcheuses ; à partir de ce moment, pourtant, la tumeur augmenta de volume.

En 1888, nouvelle grossesse : dernières règles le 22 avril, vomissements pendant le premier mois ; mouvements du fœtus perçus à 4 mois 1/2 et persistant encore le 22 décembre.

Dans la nuit du 21 au 22 décembre, apparition des douleurs ; le samedi 22 à 1 h. de l'après midi, rupture de la poche des eaux et disparition des douleurs ; nuit du 22 au 23 très bonne. Le dimanche 23 vers 8 h. du matin retour des douleurs, une sage-femme est appelée. Lundi 24 la sage-femme sent un bras, elle l'attire au dehors et exerce sur lui des tractions sans obtenir de résultat ; un médecin mandé examine la malade, diagnostique une grossesse trigémellaire et l'envoie à l'hôpital.

État actuel. — Nous la voyons à 9 1/2 du matin avec notre collègue Lamotte. En l'examinant, nous lui trouvons l'abdomen volumineux et bosselé, surtout étendu dans le sens transversal, la palpation nous permet de sentir à la face antérieure de l'utérus un corps fibreux mobile, ovoïde, allant de l'ombilic à la partie latérale gauche de l'utérus et mesurant 7 travers de doigt de longueur sur 4 de largeur. Nous sentons dans la fosse iliaque droite un second fibrome gros comme un œuf de poule et enfin à gauche de l'utérus un troisième à peu près de même volume.

La tête fœtale est située dans la fosse iliaque droite et difficile à percevoir. Le dos est en avant ; les petits membres sont cachés à gauche. Nous avons affaire à une présentation de l'épaule gauche.

Le bras gauche est procident ainsi que la moitié de l'avant-bras droit. Le fœtus est déjà mort depuis assez longtemps ; il est macéré et la peau des membres procidents se détache au moindre contact.

Au toucher on sent le pied droit au détroit inférieur. A la palpation de l'abdomen, nous sentons à la partie supérieure une tuméfaction dure, lisse, arrondie ayant la forme et le volume d'un dos de fœtus et nous pensons à une grossesse gémellaire.

La malade endormie, nous essayons infructueusement de pratiquer une version après avoir en vain tenté de réduire les membres procidents. Ces échecs sont dus à ce que l'épaule a été trop engagée à la

suite de manœuvres intempestives de la sage-femme et à ce que, la rupture de la poche des eaux datant de 44 heures, l'utérus est très fortement revenu sur le fœtus. Après avoir essayé de pratiquer la version pendant vingt minutes nous nous décidons à arracher successivement les deux bras procidents avec leurs omoplates, ce qui est très facile étant donné l'état de macération du fœtus. Nous pouvons alors dégager successivement les deux pieds et extraire le fœtus en nous aidant pour l'accouchement de la tête de la manœuvre de Mauriceau. A 10 h. 1/2 nous sectionnons le cordon et délivrons la patiente; la main, introduite à cet effet dans la cavité utérine, constate l'absence d'un second fœtus et permet de reconnaître que la présence d'un volumineux corps fibreux siégeant sur le bord supérieur de cet organe a causé notre méprise relativement à l'existence d'une grossesse gémellaire.

Nous faisons plusieurs injections intra-utérines avec de l'eau phéniquée forte et très chaude, nous introduisons de la poudre d'iodoforme dans le vagin et nous faisons un pansement ouaté à la vulve.

Dans la soirée: T. R., 39°. Nous prescrivons des injections fréquentes avec une solution de sublimé et nous administrons 1 gr. de sulfate de quinine.

25 décembre. T. R. m. 38°; s. 38°,4 abattement, ventre peu douloureux, vulve œdématisée; la nuit a été assez bonne; même traitement.

Le 26. T. R. m. 38°; s. 38°,2. Disparition de l'œdème vulvaire, apparition de vomissements après absorption de lait, selles régulières.

Le 27. T. R. m. 39°,4; s. 38°,4. Vomissements pendant la nuit, ventre indolore; lochies abondantes et odorantes. Des injections fréquentes sont ordonnées.

Le 28. T. R. 39°. Les vomissements sont continus, porracés; facies péritonéal; abdomen très douloureux, légèrement météorisé; respiration fréquente. Vers midi délire, vomissements fécaloïdes abondants. A 1 heure 1/4 mort.

AUTOPSIE le 29 décembre. L'abdomen renferme une grande quantité d'un liquide purulent; les anses intestinales sont agglutinées et reliées entre elles et à la paroi abdominale par de récentes adhérences pseudo-membraneuses.

En refoulant un peu l'intestin on voit trois volumineuses tumeurs pédiculées fixées à l'utérus: l'une, énorme, est située à la région ombilicale; les deux autres, plus petites, siègent à la région hypogastrique.

La plus grosse de ces tumeurs est lisse, blanchâtre, et très vasculaire; elle est ovoïde, à grand axe transversal, elle mesure 2 centim. de droite à gauche; 11 centim. de haut en bas et 9 d'avant en arrière, c'est elle que nous avons prise pour un fœtus.

La consistance générale de ce néoplasme est très ferme, mais dans 1/3 droit elle est franchement fluctuante et à ce niveau existent 3 points de couleur gris bleuâtre; à leur niveau on sent très bien une très mince couche de tissus sépare la surface de la tumeur une cavité remplie de liquide. Au niveau d'un de ces points grisâtres, situé à la partie inférieure droite de la tumeur, existe une perforation à bords assez réguliers, large comme une pièce de 1 franc, un

liquide purulent sort par cet orifice: il provient, comme nous le montrons une coupe, d'une fonte moléculaire de la portion correspondante du néoplasme. Les 2/3 gauches de ce dernier sont très durs, blancs et offrent absolument l'aspect des fibro-myômes. Des coupes microscopiques pratiquées ultérieurement nous ont montré que telle était bien la nature de cette tumeur. Elle est reliée à la partie postérieure du fond de l'utérus par un pédicule assez large et très vasculaire.

Nous avons signalé plus haut deux autres fibromes fixés à la partie antérieure de l'utérus; l'un à 11 centim. de largeur sur 8 de hauteur et 5 d'épaisseur; l'autre est gros comme un œuf de pigeon.

A la face postérieure de l'utérus on remarque trois autres fibromes plus petits, isolément pédiculés.

L'utérus sectionné est bien revenu sur lui-même, il est absolument sain et nous ne trouvons pas de trace de pus dans les sinus.

Les autres organes de cette femme sont sains, sauf le foie qui présente un peu de dégénérescence graisseuse.

Nous ne voulons pas nous livrer à de longues réflexions à propos de cette observation. Nous ferons seulement remarquer que lorsque l'utérus de notre malade s'est développé, il a refoulé en haut le gros fibrome que nous avons décrit et quand celui-ci s'est trouvé arrêté par les viscères sous-diaphragmatiques, comme l'utérus a continué de s'accroître son fond s'est étalé sur la face inférieure de la tumeur et la cavité utérine a dû forcément prendre une forme ovalaire à grand axe transversal; c'est ce qui a déterminé la présentation du tronc. D'autre part, l'utérus gravide semblait faire corps avec ce volumineux fibrome qui avait à peu près la forme d'un fœtus et le diagnostic de grossesse gémellaire s'imposait presque. Nous voyons donc ce fibrome produire une grossesse anormale et causer une erreur de diagnostic.

Nous ne voulons pas insister sur les difficultés que nous avons rencontrées pour l'extraction du fœtus, mais nous ferons remarquer que la rupture d'un point ramolli de la tumeur a causé des accidents que, sans l'autopsie, on aurait pu attribuer à une septicémie d'origine utérine.

Quelle a été la part de l'accouchement et de nos manœuvres dans la production de la perforation dont nous nous occupons? A notre sens elle a été nulle; la dégénérescence d'une partie de la tumeur devait fatalement, en envahissant sa paroi, amener sa désagrégation et, par conséquent, entraîner l'ouverture du foyer dans le péritoine. La perforation s'est, d'ailleurs, produite plusieurs jours après l'accouchement et a donné lieu à une péritonite presque aussitôt mortelle.

Faisons remarquer, en dernier lieu, que le point perforé siégeait assez loin du fond de l'utérus pour échapper à tout traumatisme venant de notre part.

Cancer de l'estomac propagé au foie, perforation de l'estomac sans péritonite, par M. ISCH-WALL.

A côté de l'observation précédente, dans laquelle l'ouverture dans le péritoine d'un foyer ramolli, situé dans un fibrome utérin a amené une mort rapide par péritonite, nous croyons intéressant de placer l'observation suivante ayant trait à un malade chez qui une perforation de l'estomac d'origine cancéreuse n'a eu aucun retentissement péritonéal. Nous rapprocherons ainsi deux faits montrant que la susceptibilité habituelle du péritoine peut être remplacée par une très grande tolérance de la part de cette séreuse.

Un homme entre dans notre service pour un carcinome classique de l'estomac propagé au foie; cet organe est énorme, dur, bosselé et masque complètement la région épigastrique. Le malade a un peu d'ascite, il est très cachectique et il ne tarde pas à mourir du fait de cette cachexie. Rien pendant sa vie n'a éveillé notre attention du côté d'une perforation possible de l'estomac. Notons que cet individu avait une adénopathie sous-claviculaire gauche très nette.

Lorsque nous fîmes son autopsie, nous trouvâmes un foie presque doublé de volume et criblé de noyaux cancéreux; il recouvrait entièrement l'estomac et pour voir ce dernier viscère, il nous fallut soulever le foie, qui était libre de toute adhérence.

Le foie soulevé, nous vîmes sur la face antérieure de l'estomac une perforation large comme une pièce de 0,50 centimes, à bords très réguliers, siégeant à 3 travers de doigt du pylore.

L'estomac est petit, rétracté, il présente un carcinome annulaire du pylore propagé à la face antérieure de l'organe.

Le péritoine très soigneusement examiné n'offre pas trace de péritonite, mais il renferme une assez forte quantité d'un liquide ascitique de couleur foncée due à des pigments biliaires.

Il est évident que, chez ce malade, le foie, volumineux et appliqué sur la face antérieure de l'estomac contracté (fait assez curieux pour un cancer pylorique), a servi de bouchon la perforation. Mais ce bouchon hépatique étant forcément imparfait, il ne pouvait donner lieu à l'occlusion absolue de la perforation; le foie comme l'estomac sont doués, en effet, le mouvements qui devaient fatalement entraîner à certains

moments la disjonction des surfaces en contact et permettre l'issue des hématoméses. Nous avons donc le droit de considérer que le péritoine de ce malade avait une tolérance toute spéciale, d'autant plus que, même sur le péritoine de la perforation, aucune adhérence ne reliait le feuillet séreux recouvrant la face antérieure de l'estomac aux parties voisines.

Ce fait nous semble intéressant car il prouve que certains individus jouissent d'une immunité péritonéale absolue qui doit entrer en ligne de compte pour l'appréciation des cas de traumatisme des viscères abdominaux non suivis d'accidents du côté de la séreuse.

Abcès sous-capsulaire du rein dans un cas de calcul vésical avec urétero-pyélo-néphrite suppurée, par M. AUDAIN, interne des hôpitaux.

L'histoire clinique de ce malade, âgé de 39 ans, que nous tracerons à grands traits, offre le plus grand intérêt. Soigné dans le service de M. le Dr Lancereaux, il était entré chez M. Polaillon pour « rétrécissement sinon infranchissable du moins extrêmement serré ».

Le cathétérisme nous montre qu'effectivement les sondes les plus fines ne pouvaient pénétrer dans la vessie, mais en renouvelant notre exploration pendant plusieurs jours consécutifs, nous pûmes nous convaincre que *l'obstacle n'était pas permanent*. Dans une de nos explorations, en effet, nous pûmes introduire une sonde-béquille du n° 12. Jamais une sonde plus grosse ne peut entrer dans la vessie. Nous fûmes donc amené à penser qu'il existait réellement un *rétrécissement*, mais qu'il était moins serré que nous ne l'avions cru au début, et que la difficulté qu'on éprouvait à arriver dans la vessie devait être attribué à un spasme de la région membraneuse ou plutôt du col de la vessie.

Cette hypothèse était d'autant plus plausible que notre malade offrait des symptômes manifestes de cystite.

Les urines étaient troubles, laissaient déposer une couche assez épaisse de pus et de mucus. Elles avaient une odeur fortement ammoniacale.

En outre, ce malade était pris à des intervalles plus ou moins éloignés de crises vésicales excessivement violentes, qui lui arrachaient des cris épouvantables. Pendant ces crises douloureuses, l'urine s'écoulait par *jets saccadés*, comme si elle avait été lancée au-dehors par des contractions énergiques et intermittentes de la vessie. Le malade pour faciliter la miction exerçait des tractions sur le bout de la verge.

Les explorations provoquaient ces crises. Aussi tous les efforts que nous fîmes pour laisser une sonde à demeure furent-ils vains.

Il est à noter que *jamais le malade n'avait pissé de sang, qu'il n'avait jamais remarqué d'interruptions brusques du*

jet. Il se plaignait seulement à son entrée d'avoir un jet petit et d'éprouver de la peine pour uriner. Il attribuait ces symptômes à un rétrécissement, suite d'une blennorrhagie qu'il aurait eue 3 ans auparavant. Les violentes douleurs que nous avons signalées ne s'étaient montrées que vers la fin de sa maladie. Le toucher rectal pratiqué deux fois ne révéla rien d'anormal.

Le malade fut soumis au traitement suivant : bains fréquents et prolongés, cataplasmes laudanisés, lavements au chloral, santal à haute dose (12 capsules par jour).

Il fut fait vers le 28 janvier une tentative d'uréthrotomie interne. Le mandrin se recourba et l'opération ne put être achevée. Il s'écoula après cette tentative quelques gouttes de sang. L'instrument ne pénétra certainement pas dans la vessie, car on eût sans nul doute découvert la présence du calcul que révéla l'autopsie. Ce malade dans les 10 ou 15 derniers jours qui précédèrent sa mort perdit entièrement l'appétit, se cachectisa et maigrit rapidement. Les crises vésicales s'espacèrent et diminuèrent d'intensité.

Pendant tout son séjour à l'hôpital, il n'a jamais eu d'accès fébrile violent.

La température, normale le matin 36°,8 à 37°, montait le soir à 37°,8 ou 38°. Elle ne dépassa ce chiffre qu'une seule fois, le 30 décembre, où elle atteignit 38°,2 le soir.

Le malade mourut le 5 janvier.

AUTOPSIE. — L'urèthre, fendu sur toute sa longueur, ne présente aucun point véritablement rétréci. Il est assez fortement injecté à la partie antérieure sur une longueur de 5 cent. Dans le reste de son étendue, coloration normale.

Dans la région prostatique, le verumontanum est plus développé que d'habitude. Il est blanc et dur. De sa partie antérieure partent trois tractsus de consistance fibreuse, blanche, s'écartant les uns des autres comme les rayons d'une roue, effilés à leur extrémité antérieure.

La prostate est légèrement hypertrophiée. On reconnaît à la coupe qu'il existe dans son épaisseur un petit abcès de la grosseur d'une noisette situé dans le lobe gauche. La pression fait sourdre du pus dans l'urèthre. Ce n'est pas du pus franc; mais une sorte de mélange de pus, de mucus et de sérosité de couleur grisâtre.

Les parois de la vessie sont beaucoup plus épaisses qu'à l'état normal. Sa capacité est faible, on pourrait y introduire un œuf de dinde.

La muqueuse est grisâtre, ardoisée. Nulle part trace d'injection vasculaire. Elle présente des colonnes assez marquées.

Dans la partie antéro-latérale droite du trigone, tout près du col de la vessie, on aperçoit une ulcération qui semble déjà ancienne. Elle a à peu près le diamètre d'une pièce de 50 cent.

La cavité vésicale renferme une certaine quantité de pus, environ cuillerées à bouche. Elle est occupée et presque remplie par un cul volumineux pesant 64 grammes. Sa forme rappelle beaucoup le d'un haricot. Il offre une coloration jaunâtre. Lorsqu'on gratte la surface superficielle, on tombe sur une masse blanc gris.

Le diamètre transversal est d'environ 4 centim. et la longueur de 5 centim. A la coupe, ce calcul présente un noyau central noir, assez

mou autour duquel sont disposées des strates les unes blanches, les autres jaunes.

Les uretères, dilatés et flexueux, ont à peu près la grosseur du pouce. L'uretère droit est sensiblement plus gros que le gauche.

Les orifices vésicaux des uretères sont légèrement dilatés. Ils admettent facilement le bout d'une sonde coudée.

Dans l'uretère droit, à environ 8 centim. au-dessus de l'orifice vésical, se trouve un point rétréci où existe un repli valvulaire assez marqué. Au-dessous de cette valvule, qui n'occupe qu'une partie du calibre de l'uretère, se trouve une dilatation.

Nous trouvons à environ 5 centim. au-dessus de cette valvule une autre valvule et un point rétréci ; enfin tout à fait à la partie supérieure, à quelques centimètres du bassin, nouvelle valvule et nouveau rétrécissement.

Donc 3 points rétrécis présentant des valvules du côté droit. Entre ces points, dilatation. Aspect lisse de la muqueuse. Coloration blanc grisâtre.

Dans l'uretère droit, il n'existe que deux rétrécissements avec replis valvulaires.

Même aspect et même coloration.

Les bassinets sont moyennement dilatés. Leur muqueuse est grisâtre. Quelques arborisations vasculaires. Pas de calculs.

Le rein droit est manifestement plus volumineux que le gauche. Sa coloration générale est blanchâtre. La mensuration nous donne : longueur 15 centim. ; largeur 8 centim. ; épaisseur plus grande que la normale.

Nous pratiquons une coupe longitudinale. Il s'écoule une grande quantité de pus et de mucus qu'on peut évaluer à un demi-verre et qui était contenu dans le bassin et les uretères.

La capsule est épaissie, blanche, assez souple dans presque toute leur étendue. La décortication se fait facilement. Il est à signaler la particularité suivante : après la décortication, on aperçoit sur la surface interne de la capsule de petits amas de pus. Du côté du rein, amas semblables. Autour de ces points abcédés, la capsule adhère à la substance rénale. Entre la surface du rein et la face interne de la capsule, existe une mince couche de pus assez concret. Il existe, en outre, quelques saillies et bosselures blanches. Près du bord externe du rein, surface rouge, congestionnée, du diamètre d'une pièce de 2 francs.

A la coupe, le rein droit est d'une façon générale blanc et pâle.

Quatre des calices sont assez dilatés. Ils ont à peu près le volume d'une petite noix. La muqueuse légèrement vascularisée du bassin se prolonge dans ces cavités qui ont un aspect absolument lisse. Elles étaient remplies de pus glaireux.

La substance corticale a une épaisseur à peu près normale. Elle est le siège d'une véritable infiltration purulente diffuse. Ça et là, le pus s'est collecté et a donné lieu à de petits abcès miliaires. La substance médullaire n'existe pour ainsi dire plus, refoulée et comprimée par le pus contenu dans les calices.

Les pyramides les moins atteintes ont une coloration rouge brun, qui tranche avec la pâleur générale du rein. Leur substance est

envahie par un nombre plus ou moins considérable d'abcès miliaires.

Le rein gauche à cause de quelques particularités mérite d'être décrit à part.

Nous pratiquons de ce côté une coupe transversale. Il est beaucoup plus volumineux que le droit. Longueur 17 centim., largeur et épaisseur considérables. Les calices et le bassinnet sont moyennement dilatés, un peu moins qu'à gauche. Le pus également glaireux qui s'écoule à la coupe est moins abondant que dans l'autre rein. Congestion plus grande de la substance rénale en certains points; en d'autres, nous trouvons la même infiltration purulente et les mêmes abcès. L'un de ces abcès, situé tout près de la substance rénale près du bord externe, a environ le diamètre de 50 centimètres.

La capsule rénale est très épaissie dans son ensemble, moins à la face postérieure qu'à l'antérieure. Dans cette dernière, il est un point où son épaisseur atteint près d'un centimètre. Elle est dure, résistante comme fibreuse.

A la face antérieure, il existe une grosse collection purulente; mais chose curieuse, on n'a pas affaire ici à un abcès périnéphrétique; *la poche purulente est située au-dessous de la capsule rénale.* On est en présence d'un énorme abcès sous-capsulaire.

A l'incision de la capsule, le pus s'écoule en abondance.

La poche de l'abcès est formée en avant par la capsule rénale épaissie, comme nous l'avons vu, et en arrière par la substance rénale elle-même. A la partie externe, elle a pour limite l'angle d'union de la capsule et du bord externe du rein. En dedans les limites sont moins nettes. La poche s'étend jusqu'au bassinnet avec lequel elle ne semble pas communiquer. En haut, la poche coiffe l'extrémité supérieure du rein. En bas elle s'arrête aux confins de la face antérieure.

La face interne de la capsule a perdu son aspect lisse. On y voit des sortes de fausses membranes, qui la rendent inégale. Vers la partie supérieure, certains de ces tractus s'étendent de la capsule à la surface du rein.

Egalement à la partie supérieure, la capsule comme refoulée par le pus est amincie et forme des cavités secondaires.

La surface externe du rein (paroi postérieure de la poche) est chagrinée.

Elle est recouverte, comme la face interne de la capsule du reste, de pus assez épais et légèrement adhérent.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante, cliniquement et anatomo-pathologiquement.

Cliniquement, elle nous montre la difficulté qu'on éprouve à reconnaître la présence d'un calcul vésical, même volumineux, par l'impossibilité où l'on se trouve parfois de pénétrer dans la vessie et par l'absence des symptômes fonctionnels plus caractéristiques de cette affection : les hématuries, les interruptions brusques du jet de l'urine.

La *cystite purulente*, qui s'était déclarée dans les derniers temps de la maladie, se rencontre en effet aussi bien chez les rétrécis et les vieux prostatiques que chez les calculeux.

Le seul symptôme qui eût pu nous mettre sur la voie du diagnostic était l'*absence de rétention* d'urine, qu'à aucun moment nous n'avons observée chez notre malade, et qui ne manque pour ainsi dire jamais chez les prostatiques et les rétrécis.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous nous trouvons d'une façon générale en présence d'une *urétéro-pyélo-néphrite ascendante*.

Cette affection a été bien étudiée et remarquablement décrite par M. Hallé dans sa thèse inaugurale; aussi n'avons nous rien à y ajouter.

Nous désirons seulement attirer l'attention sur cet énorme *abcès sous-capsulaire*, que nous n'avons trouvé signalé dans aucune des observations si nombreuses de cet important travail.

Les exemples de périnéphrite consécutive à une pyélite ou à une pyélo-néphrite ne sont pas extrêmement rares. Le pus contenu dans le rein pyo-néphrosé peut envahir l'atmosphère cellulo-adipeuse. Il se déverse même parfois dans un des organes voisins, côlon, estomac et duodénum. Mais sa localisation au-dessous de la capsule épaisse et la surface rénale, malade sans nul doute, mais dont l'existence n'est pas contestable, est un fait d'une grande rareté.

Syphilde hypertrophique de la vulve, par le Dr PAUL PETIT.

M^{me} Anna S..., examinée pour la première fois par M. Doléris, le 22 juin. Le père, la mère, trois frères sont vivants et bien portants. La malade nie tout antécédent pathologique de quelque valeur. Régliée depuis l'âge de 10 ans sans douleur et régulièrement. Devient grosse à seize ans; accouche à 8 mois 1/2 d'un enfant mort et macéré. Il y a 5 ans, apparition au niveau du méat urinaire d'une petite tumeur bourgeonnante, ressemblant à une framboise. La malade voit Gallard qui prescrit des cautérisations à l'acide chromique, sans traitement interne. Depuis cette époque, les végétations s'étendent et grossissent de plus en plus, mais lentement et en s'accompagnant d'un écoulement blennorrhéique prononcé.

A l'heure actuelle, toute la région vulvaire antérieure, pourtour de l'urèthre, racine des grandes et petites lèvres sont le siège de végétations, couleur maigre de jambon, sessiles, ulcérées ou non, de vo-

lume variable mais ne dépassant pas le volume d'une noisette, isolées ou confluentes et bourgeonnantes. Le diagnostic reste hésitant entre la tuberculose et la syphilis. La malade ne présente d'ailleurs aucun signe décisif dans l'une ou l'autre diathèse.

Le 28 juin on détache au bistouri, pour être ultérieurement examinée, une portion des tissus pathologiques. Puis on attaque le reste profondément et largement par le thermo-cautère chauffé au rouge.

Examen histologique de l'une des végétations excisées. — Revêtement d'épithélium pavimenteux muqueux stratifié, à cellules aplaties et déformées, présentant des noyaux rétractés, colorés en rose pâle par le picro-carmin. De ce revêtement partent des colonnes épithéliales interpapillaires, formées au centre de belles cellules polygonales à gros noyau, à la périphérie de cellules cuboïdes, perpendiculaires à la direction des papilles sur lesquelles elles sont implantées. Examinées près de la base de la végétation, ces masses épithéliales ont un grand développement et s'enfoncent assez avant dans le derme; mais déjà, en ces points, leurs couches profondes sont converties en un tissu embryonnaire qui se confond avec le tissu conjonctif ambiant, également enflammé. A mesure qu'on se rapproche du sommet de la végétation, l'érosion épithéliale s'accroît de plus en plus, si bien que, par places, on ne trouve plus au-dessous de la croûte de cellules plates que des vestiges des colonnes interpapillaires. Les papilles sont totalement infiltrées de cellules rondes. Au-dessous d'une zone très active de prolifération embryonnaire qui fusionne, pour ainsi dire, la base des papilles et le sommet des colonnes interpapillaires, on tombe sur un tissu conjonctif lâche, très vasculaire et semé de nodules embryonnaires.

La trame conjonctive de ce tissu est formée de faisceaux conjonctifs déliés, entre-croisés en tous sens et de fibres élastiques, entre lesquels se voient des cellules plates et quelques cellules migratrices. En somme : tissu conjonctif peu ou pas enflammé dans l'intervalle des vaisseaux et des nodules. Les vaisseaux très nombreux, surtout au voisinage des papilles, sont tous engainés de cellules embryonnaires, mais partout perméables. Les manchons de cellules rondes s'épaississant en certains points arrivent à constituer des nodules, nettement détachés du tissu ambiant, très irréguliers de forme et de dimensions; les plus gros, visibles à l'œil nu par transparence, atteignent le volume d'un grain de millet. Ceux qui sont coupés perpendiculairement aux vaisseaux qui les portent, présentent au centre une ou plusieurs lumières vasculaires et périphériquement des cellules rondes, à noyau volumineux et vivement coloré.

Un certain nombre d'autres nodules, orientés différemment dans la coupe, semblent abordés par les vaisseaux à leur périphérie. D'autres enfin, n'ont pas de lumière vasculaire, ce qu'il faut probablement rapporter au passage du rasoir en dehors des vaisseaux qui les pénètrent. Ils présentent le plus souvent à leur centre quelques cellules

¹² -énérées et des tractus granuleux qui n'ont jamais ni la disposition ni l'étendue de la zone caséeuse du tubercule. Au centre et à la base de la végétation se voient des zones de tissu conjonctif beaucoup plus dense, constituant de véritables nodules cicatriciels, au milieu desquels se voient encore des vaisseaux à parois issues, mais perméables, engainés par des cellules embryonnaires

en couches minces. Je n'ai pas vu de cellules géantes. La recherche du bacille de Koch a été négative.

Le 20 juillet on complète l'intervention précédente en abrasant à l'aide du thermo-cautère quelques végétations persistantes au niveau de la vulve et dans le canal de l'urèthre. La malade est soumise au traitement ioduré.

4 septembre. Les parties cruentées marchent franchement vers la cicatrisation. Pas de déformation vulvaire sauf un retrait du méat d'environ 1 centim. 1/2. Incontinence d'urine.

3 novembre. M. Doléris pratique sur le méat urinaire une opération plastique qui transforme l'orifice circulaire et flottant de l'urèthre en une boutonnière transversale. La malade sera soumise après cicatrisation aux douches périnéales froides et à la faradisation du col vésical.

10 janvier. Il n'est plus trace de l'intervention chirurgicale. La malade retient beaucoup mieux ses urines, surtout la nuit. Interrogée de nouveau sur ses antécédents elle se décide à tracer l'histoire d'une syphilis qui remonte à 14 ans, soit un an avant cette grossesse qui eut pour résultat l'expulsion dans le courant du neuvième mois d'un enfant mort et macéré. Elle s'est d'abord aperçue de l'apparition à la vulve de petites élevures suintantes pour lesquelles le médecin consulté s'est contenté de prescrire un traitement externe émollient. Six mois après, alopecie. Plus tard angines répétées, état général très mauvais.....

Au moment où la première végétation vulvaire est apparue il existait un engorgement considérable, indolore et bilatéral des ganglions inguinaux qui s'est résorbé en 5 ou 6 mois.....

Est-il possible, en laissant de côté ces renseignements anamnestiques, de tirer de l'examen histologique un diagnostic ferme ? Je pense que la perméabilité générale des vaisseaux jointe à l'ensemble des autres détails ne peut laisser de doute sur le diagnostic de : syphilide hypertrophique.

M. DARIER fait observer à M. Petit que sur les coupes on trouve quelques cellules géantes. La présence de ces éléments n'est pas, il est vrai, concluante en faveur de la tuberculose ; mais d'autre part, on peut dire aussi, que la perméabilité des vaisseaux n'implique pas nécessairement l'idée de syphilis, surtout quand il s'agit de lésions des muqueuses ; les vaisseaux ne sont oblitérés que quand il y a caséification. Il est donc difficile ici de se prononcer d'une façon absolue, et d'affirmer la syphilis plutôt que la tuberculose.

Épithélioma sous-unguéal, par le Dr TOUPET.

Dans le courant de l'année dernière, M. Thiéry présentait à la Société anatomique une série de petites tumeurs sous-

unguéales, formées histologiquement par un tissu papillomateux. En raison de cette structure, M. Thierry, après M. le Prof. Lefort proposait de donner à ces tumeurs le nom de durillon sous-unguéal, terme impliquant à la fois la constitution de la tumeur et sa bénignité. De fait cliniquement, dans les faits observés par MM. Lefort et Thiéry, l'affection n'avait pas récidivé, après l'intervention chirurgicale.

Il y a quelque temps, M. le Dr Peyrot eut à s'occuper d'un cas du même genre. Il s'agissait d'une petite tumeur de la grosseur d'un pois, développée sous l'ongle du gros orteil chez une dame de 35 ans environ. Cette tumeur était très douloureuse et gênait notablement la marche. M. Peyrot l'enleva et nous demanda d'en faire l'examen histologique.

Des coupes furent pratiquées après durcissement par l'alcool; ces coupes comprenaient toute l'épaisseur de la petite tumeur et passaient au niveau du point d'implantation.

A la périphérie nous avons trouvé une membrane fibreuse peu épaisse mais assez dense; de cette membrane partaient des travées conjonctives limitant des loges plus ou moins larges, loges remplies d'amas épithéliaux. Les loges étaient les unes arrondies, les autres allongées, parfois anastomosées.

Dans le tissu conjonctif interposé, on trouvait des vaisseaux assez nombreux. Au niveau du pédicule on voyait les mêmes amas épithéliaux; et il est à présumer que le néoplasme n'a pas été enlevé complètement.

En examinant à l'aide d'un plus fort grossissement, il était facile de se rendre compte de la nature de l'épithélium remplissant les loges. La première rangée était régulièrement implantée sur le tissu conjonctif, elle était formée par des cellules un peu allongées, analogues à celles que l'on trouve au niveau des papilles du derme, les autres couches étaient polyédriques, aplaties par pression réciproque; au milieu des grands amas, on apercevait parfois une lacune arrondie correspondant probablement à un vaisseau, la plupart des tubes étaient pleins de cellules.

Ces constatations nous permettent d'affirmer qu'il s'agissait ici non pas d'un simple papillome, mais d'un véritable épithélioma pavimenteux tubulé. Le pronostic doit donc être absolument réservé dans le cas présent. Nous avons appris d'ailleurs que depuis l'intervention, la malade avait éprouvé de nouvelles douleurs et qu'il y avait des menaces sérieuses de récidive sur place.

Rapport fait au nom de la commission nommée par la Société anatomique pour décerner le prix Godard en l'année 1888, par M. SUCHARD.

e 15 décembre 1888, se sont réunies, sous la présidence de M. le f. Cornil, MM. Netter, Tuffier, Walther et Suchard membres de commission du prix Godard pour l'année 1888.

Les mémoires présentés pour ce prix étaient les suivants :

Un travail de M. Hartmann intitulé : Etude de quelques anastomoses elliptiques des nerfs du membre supérieur. Leur importance au point de vue de la conservation des fonctions sensitivo-motrices après une section nerveuse.

Un travail de M. Ménétrier sur les polyadénomes gastriques et leurs rapports avec le cancer de l'estomac.

Un mémoire de M. Toupet sur les modifications cellulaires dans l'inflammation simple du péritoine.

Le travail de M. Hartmann renferme la description d'anastomoses non signalées par les auteurs classiques entre les différents nerfs du membre supérieur. Ces détails anatomiques y sont représentés par des dessins et des schémas. L'auteur considère que ces dispositions des nerfs ne sont pas fixes ; mais qu'il est bon de les connaître pour expliquer certains faits pathologiques difficiles à interpréter autrement.

Le mémoire de M. Toupet contient une analyse complète des modifications cellulaires produites par l'inflammation expérimentale du péritoine. L'auteur a particulièrement étudié et figuré les phénomènes karyokinétiques des cellules endothéliales de la séreuse, et a indiqué d'une manière précise l'époque de l'apparition de ces phénomènes ainsi que leur évolution.

M. Ménétrier, dans le troisième mémoire présenté pour le prix Godard, donne une description complète des polyadénomes gastriques, tumeurs peu connues jusqu'alors, et semble prouver que, dans bien des cas, ces productions pathologiques sont le point de départ de carcinomes.

Après mûre délibération il fut décidé par la Commission que le prix Godard serait partagé entre MM. Toupet et Ménétrier.

Il fut convenu aussi que les mémoires ayant été présentés comme thèse à la Faculté de médecine et distingués par une médaille ne devaient pas être éliminés du concours du prix Godard, parce que le mot de *récompense scientifique* employé à l'article 5 du règlement pour le prix Godard indiquait dans l'esprit du testataire une récompense pécuniaire et non pas une distinction honorifique.

NOMINATION DU BUREAU POUR 1889

MM. CORNIL, président ;

TUFFIER, et LETULLE, vice-présidents ;

L. GUINON, secrétaire ;

HARTMANN, trésorier ;

BROCA, archiviste ;

DARIER, VALUDE, WALTHER, membres titulaires du comité.

GILBERT, ETTINGER, TISSIER, membres adjoints du comité.

ÉLECTIONS

MM. PAUL LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, MARIE, PICQUÉ, POIRIER, sont nommés *membres honoraires*.

M. DESPAIGNE, est nommé *membre correspondant*.

Séance du 18 janvier 1889.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL

Tumeur solide de l'ovaire à fibres striées chez une jeune fille de 17 ans, par E. VIGNARD.

La nommée P. Mariette, âgée de 17 ans, entre le 16 octobre 1888 à la salle Lallemand, n° 4 (Salpêtrière, service de M. Terrillon) pour une volumineuse tumeur abdominale.

Cette malade cachectique, presque mourante, nous donne les renseignements suivants :

Elle n'a jamais été réglée ; il y a 18 mois elle est tombée dans une anémie profonde ; elle avait des saignements de nez continuels, des maux de tête, l'appétit disparut complètement et une toux opiniâtre étant survenue fit craindre au médecin qui la soignait un commencement de tuberculose pulmonaire. Il y a 8 mois (février 1888), le ventre se mit à grossir visiblement et avec une grande rapidité ; en même temps la malade se plaignait de coliques et de difficultés à uriner.

Le médecin fit une première ponction du ventre en mars et retira 6 litres de liquide clair, jaune, limpide comme de l'urine ; l'épanchement se produisit rapidement et de mars à octobre on fit successivement douze ponctions, les deux dernières de 15 et 13 litres.

Etat à l'entrée. — La malade est d'une faiblesse et d'une pâleur extrêmes ; la maigreur de la partie supérieure du corps contraste avec le volume énorme du ventre et l'œdème considérable des membres inférieurs. La peau de l'abdomen extraordinairement distendue est parcourue par de larges vergetures ramifiées et laisse voir par transparence des arborisations veineuses très nombreuses. Le pourtour du ventre au niveau de l'ombilic est de 114 centim. La matité est complète partout sauf dans l'hypochondre gauche.

A l'opération qui fut faite par M. Terrillon le 20 octobre, on trouva : un épanchement ascitique considérable et une grosse tumeur solide pédiculée comme un kyste de l'ovaire sur un des côtés de l'utérus. Celui-ci était sain. L'autre ovaire était sain également.

La malade mourut d'épuisement environ une heure après l'opération.

Nous fîmes, séance tenante, l'examen macroscopique de la tumeur enlevée :

Son aspect était celui d'un sarcome encéphaloïde. C'était en effet une masse ovoïde, à surface lisse, deux fois plus volumineuse environ que la tête d'adulte. Le pédicule large de 5 centimètres est aplati, comme dans son épaisseur des vaisseaux volumineux et la trompe, elle rampe ensuite à la surface de la tumeur.

Sur une coupe, on voit que celle-ci est constituée par un tissu de consistance molle mais entièrement solide sauf à une extrémité de

la tumeur où il existe trois ou quatre petites cavités kystiques, grosses comme une noisette, à contenu séreux. La couleur de ce tissu est blanc grisâtre, semi-transparente ; ça et là il offre une teinte rougeâtre et au centre des striés et des foyers hémorragiques.

Convaincu, en présence de ces caractères, que nous avions affaire à un sarcome, de l'ovaire, nous nous bornâmes à enlever deux morceaux de la tumeur vers la périphérie, pour les soumettre à l'examen microscopique.

Cet examen a été pratiqué au moyen de coupes après durcissement dans la liqueur de Müller et l'alcool et à l'aide de dissociations par l'acide azotique à 20 0/0 et la potasse à 40 0/0. Nos préparations ont été vérifiées au Collège de France par M. Malassez, et au laboratoire de M. Cornil par MM. Brault et Toupet.

Sur des coupes colorées au picro-carmin, on voit dans toute l'étendue de la préparation des fibres entre-croisées, qui apparaissent les unes suivant leur longueur, les autres coupées obliquement ou transversalement.

Les sections transversales de ces fibres se présentent sous l'aspect de petites figures polygonales ou arrondies, très réfringentes, et bien colorées par le carmin. Dans les points où la coupe a été parallèle au sens des fibres, on voit des éléments cylindriques très allongés, d'un diamètre uniforme et présentant une striation transversale des plus nettes. Cette striation est apparente avec l'oculaire I et l'objectif 6 de Verick, et aussi facile à distinguer que celle des fibres musculaires ordinaires. Elle est visible dans tous les points où la préparation est suffisamment mince, et à la périphérie là où la coupe est un peu dissociée. De place en place le long de ces fibres striées, on voit des noyaux ovoïdes, accolés à elles et entourés souvent d'un peu de protoplasma.

Nous avons signalé tout à l'heure la présence de figures arrondies réfringentes, prenant bien le carmin, et qu'il est facile d'interpréter comme la section transversale des fibres ci-dessus décrites.

Il existe aussi, en nombre beaucoup moindre, d'autres éléments arrondis, réunis par groupes, plus volumineux que les précédents, plus pâles et moins réfringents. Si on les examine avec attention, en faisant varier l'objectif, on peut distinguer, comme M. Malassez nous l'a fait remarquer, deux parties dans ces éléments, l'une arrondie, granuleuse, plus réfringente, l'autre accolée latéralement à la précédente sous forme d'un croissant clair et réfringent. D'après cela, M. Malassez interprète ces éléments arrondis comme la coupe des fibres au niveau des noyaux.

Par la dissociation, nous avons obtenu, à part ça et là quelques noyaux avec ou sans protoplasma, uniquement des fibres ou plutôt des segments de fibres cylindriques striées.

Deux ou trois fois seulement, nous avons trouvé des extrémités des fibres terminées en pointe et composées d'une partie protoplasmique avec noyau et d'une bandelette striée placée latéralement.

Partout ailleurs les éléments striés avaient une forme cylindrique, très allongée, un diamètre uniforme un peu renflé cependant au niveau des noyaux qui ça et là sont accolés à leur côté. Le protoplasma existait seulement autour du noyau un peu au-dessus et un peu au-dessous.

Dimensions des éléments : Les segments les mieux conservés et partant les plus longs, atteignent une longueur de 300 à 600 μ . Leur largeur est de 3 à 7 μ .

Les noyaux mesurent 10 μ de long sur 5 de large ; enfin la distance entre les noyaux varie de 40 à 100 μ .

EN RÉSUMÉ : dans une tumeur solide et volumineuse de l'ovaire qui avait l'apparence d'un sarcome encéphaloïde, deux morceaux, pris vers la périphérie et de même aspect que le reste de la masse, ont été trouvés, au microscope, essentiellement constitués par des fibres striées. Ces fibres étaient tout à fait analogues à des éléments musculaires striés arrivés à un degré avancé de développement.

Le reste de la tumeur avait-il la même structure histologique, en d'autres termes s'agit-il d'un rhabdomyome pur de l'ovaire ?

Où peut-on supposer, en raison de l'aspect sarcomateux de la tumeur, que nous avons eu affaire à une de ces tumeurs mixtes appelées par Virchow des myo-sarcomes ? Là-dessus il ne nous est permis de faire que des hypothèses.

Les myomes striés purs sont extraordinairement rares en dehors des organes où n'existe pas normalement du tissu musculaire strié.

Nous n'avons pu en trouver que deux cas authentiques, et M. Monod que nous avons consulté à ce sujet nous a confirmé dans cette opinion : ces deux cas sont relatifs à des tumeurs du testicule ; l'un est de Rokitansky ; l'autre de Neumann se trouve publié dans les archives de Virchow (103 Bd).

Quant aux myo-sarcomes ou sarcomes avec fibres musculaires striées, ils sont moins rares que les précédents ; on en a signalé un certain nombre de cas pour le rein, quelques-uns pour le testicule ; M. Cornil cite celui de Talavera : tumeur sarcomateuse du testicule dans laquelle on trouva un nombre notable de faisceaux musculaires striés en voie de développement.

Mais nous n'avons pu, malgré nos recherches trouver l'observation de myo-sarcome de l'ovaire.

Les seules tumeurs de cet organe dans lesquelles on ait décrit des fibres musculaires striées, sont les kystes dermoïdes, dans les parois desquels on en trouve quelquefois.

Or, notre tumeur n'avait aucune analogie avec un kyste

dermoïde et rappelait bien plutôt dans ses allures cliniques et dans son aspect macroscopique le sarcome de l'ovaire,

C'est donc dans la classe des myo-sarcomes que nous serions tentés de la ranger.

M. CORNIL pense qu'il s'agit là d'une tumeur solide par inclusion fœtale.

Cancer des voies biliaires.

M. NETTER. Présente un cancer du canal hépatique gauche, avec adénome de l'estomac. Le canal est uniformément épaissi, le foie est infiltré de bile, mais il n'y a que de l'angiocholite; le raclage de la tumeur donne des éléments épithéliaux cylindriques. Ce néoplasme est à rapprocher des cancers nés sur la bifurcation des bronches.

Anévrysme artério-veineux du creux poplité; cure radicale, par Pierre DELBET, prosecteur à la Faculté.

R... Gustave, âgé de 23 ans, entre le 18 novembre 1888, à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le Prof. Trélat. (Salle Velpeau, lit 31). A l'âge de 14 ans, il y a 9 ans, il essayait de faire jouer la baguette d'un revolver de petit calibre en prenant un point d'appui sur la cuisse gauche, lorsqu'un coup partit. La balle pénétra par la face interne de la cuisse, à 18 centimètres au-dessus de l'articulation du genou, à peu près exactement sur le trajet de l'artère fémorale. Elle traversa obliquement le creux poplité et vint se loger sous la peau de la partie externe du mollet. Elle fut immédiatement et facilement extraite. Quinze jours après, lorsque le pansement fut enlevé, le malade remarqua que sa jambe avait augmenté de volume, et qu'elle était sillonnée de grosses veines. Néanmoins il ne tarda pas à reprendre ses occupations habituelles. Pendant un certain temps il a porté un bas élastique, mais le bas étant devenu trop petit, il n'en a plus porté depuis deux ans.

Il y a quatre ans, un ulcère se développa sur la face interne de la jambe, et il fallut un mois de repos complet pour en obtenir la cicatrisation. Deux mois plus tard, une phlébite assez sérieuse nécessita un mois de séjour au lit. Enfin un nouvel ulcère apparut il y a trois semaines; et c'est pour cet ulcère que le malade se présente à la consultation.

Tout le membre inférieur gauche est notablement augmenté de volume; il mesure en circonférence environ 7 centimètres de plus que celui du côté droit. (A la pointe de la rotule G. 40 cent., D. 33. Au milieu de la rotule G. 41,5, D. 34. Au-dessus de la rotule G. 41, D. 33,1.) La peau est soulevée par des veines énormes, mais régulièrement dilatées et très différentes par leur aspect des veines variqueuses ordinaires. Il n'existe de troubles trophiques notables ni du côté des poils, ni du côté des ongles. Mais la peau présente de nom-

breuses plaques pigmentaires, qui varient du jaune clair au brun foncé. A la face interne de la partie inférieure de la jambe, on voit une vaste plaque brune, au milieu de laquelle se trouve l'ulcère large comme une pièce de cinq francs. Toute la partie supérieure du creux poplité est soulevée par une tumeur considérable, qui présente tous les caractères d'un anévrysme artério-veineux. On peut facilement constater qu'il s'agit non pas d'une simple varice anévrysmale, mais bien d'un anévrysme variqueux, c'est-à-dire qu'il existe une poche. Toutefois l'œdème et l'empatement ne permettent pas de bien circonscrire la tumeur.

Le malade est mis au repos. Pansement de l'ulcère. Compression ouatée de tout le membre.

Au bout d'une quinzaine de jours, l'ulcère est cicatrisé, le membre dégorgé, et on peut alors facilement circonscrire la tumeur. On constate que, vers le bas, elle s'étend jusqu'au niveau de l'interligne articulaire, en haut elle arrive jusqu'à l'anneau du troisième adducteur. De son extrémité supérieure à son extrémité inférieure, dans son diamètre vertical, elle mesure 12 centimètres ; transversalement, elle occupe toute la largeur du creux poplité et mesure 12 centimètres. Les battements, l'expansion, le thrill et le souffle à renforcements systoliques sont très manifestes. En bas, les battements, le thrill et le souffle s'étendent jusqu'aux veines du pied. Ils sont faciles à percevoir dans la saphène interne au-dessous de la malléole. On ne sent le pouls de la pédieuse, ni de la tibiale postérieure. En haut, le souffle se prolonge jusque dans les vaisseaux iliaques. Au pli de l'aîne, la fémorale bat avec une extrême énergie ; elle paraît très augmentée de volume.

La température du membre malade est plus élevée que celle du membre sain de 3°,5 à 4°.

Pour des raisons qui seront exposées ailleurs, l'anévrysme a été extirpé le 12 janvier 1889, par M. le Prof. Trélat. C'est le sac que j'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Ce sac présente la forme d'un cœur de carte à jouer dont la pointe serait tournée en haut. Il mesure 11 centimètres dans son grand diamètre transversal. A sa partie inférieure et interne, il présente une sorte de petit diverticule, qui s'insinuait entre les muscles jumeau interne et demi-membraneux.

La veine poplitée pénètre dans sa partie élevée ; elle mesure 13 millimètres de diamètre. Elle sort du sac à sa partie inférieure ; et ne mesure plus en ce point que 10 millimètres. La section a porté juste au-dessous d'une valvule, qui avait été forcée. Quand on regarde le sac par sa face antérieure, on voit l'artère pénétrer dans son épaisseur tout en haut, très près de la veine, et ressortir tout en bas. Mais en réalité la communication avec le sac ne se fait pas sur une aussi grande étendue. En étudiant la disposition avec plus de soin, on constate que le bout supérieur de l'artère s'ouvre dans le sac à 2 centimètres au-dessous de la partie la plus élevée. Le bout inférieur en ressort à 17 millimètres plus bas, mais l'artère ne redevient pas immédiatement libre, elle chemine dans l'épaisseur de la paroi du sac sur une étendue de 65 millimètres, et ne redevient indépendante qu'à la partie inférieure de l'anévrysme. En somme l'orifice de communication de l'artère avec le sac mesure 17 millimètres de long ; mais

L'artère est confondue avec le sac et absolument impossible à disséquer sur une étendue de 65 millimètres. Ce fait a une grande importance au point de vue opératoire. De plus cette artère qui avait paru très augmentée de volume, est au contraire très rétrécie. Son bout supérieur aussi bien que son bout inférieur ne mesure que 3 millimètres de diamètre. Ce fait est en contradiction avec ce qu'on sait des anévrysmes artério-veineux.

La face interne du sac n'est pas revêtue de caillots. Il en existait seulement une mince couche d'environ 1 millimètre d'épaisseur dans le diverticule inférieur dont j'ai parlé.

La paroi du sac est très souple, mais elle est épaisse et résistante. Elle mesure en épaisseur de 2 à 3 millimètres, il est impossible de la déchirer ; et elle est aussi difficile à couper qu'un morceau de cuir. Elle présente de nombreuses plaques d'athérôme qui font saillie sur sa face interne. Les uns ont la consistance du tissu fibreux, les autres sont absolument calcifiées. Enfin on distingue facilement sur la paroi antérieure, profonde, articulaire du sac, l'orifice de sept artérioles, qu'il a fallu lier au cours de l'opération. Chacune de ces artérioles a à peu près le volume des collatérales des doigts.

Les points les plus importants de cette pièce sont :

1° Le volume du sac, qui est considérable pour un anévrysme artério-veineux.

2° L'englobement de l'artère dans la paroi du sac sur une étendue de 65 millimètres.

3° Le petit volume du bout supérieur de l'artère.

4° La présence de sept collatérales s'ouvrant dans le sac. Ces sept artérioles auraient été capables de ramener une quantité de sang suffisante pour empêcher la guérison de l'anévrysme si on s'était contenté de lier les deux bouts de l'artère.

L'anévrysme d'après la disposition relative de l'artère et de la veine et du sac paraît appartenir à la variété enkystée-veineuse. Mais il est probable que le sac ne s'est pas constitué uniquement par une dilatation de la veine, et qu'une partie au moins doit être de nouvelle formation.

M. TUFFIER. Il serait intéressant de connaître la structure exacte de l'artère dans ses différents points. La présence des artères nées de la paroi du sac, permet de croire que par la ligature au-dessus et au-dessous on aurait pu obtenir un caillot solide, par persistance d'un certain degré de circulation dans le sac.

M. DELBET. Le procédé n'a jamais donné de bons résultats entre les mains de différents chirurgiens.

Épithélioma primitif du rein droit: généralisation aux ganglions voisins. — Néphrectomie transpéritonéale,
par DUMORET interne des hôpitaux. Examen de la tumeur par
G. POUPINEL.

La nommée Trog... Emilie, femme Bott..., âgée de 42 ans, entre le 24 décembre 1888 salle Chassaignac, lit n° 5, service de M. Terrier.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident à 68 ans. Mère vit, se porte bien; deux frères vivent, se portent également bien.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans. Règles douloureuses peu abondantes, durent de deux à trois jours. Mariée à 23 ans, 4 enfants. Trois premières grossesses normales. Dernier accouchement remontant à six ans, très laborieux. Aucune maladie antérieure dans l'enfance, santé excellente jusqu'à l'âge de 32 ans. Il y a dix ans, la malade remarque que le ventre augmente de volume, les douleurs abdominales sont continues avec irradiation dans les lombes. Cet état persiste jusqu'à l'âge de 36 ans. A l'occasion de la dernière grossesse, exacerbation des douleurs abdominales. La malade s'alite deux mois pendant lesquels elle aurait eu de fréquents frissons avec fièvre et vomissements, puis sédation des phénomènes douloureux.

Il y a trois ans, nouvelle exaspération des douleurs abdominales. Le ventre aurait subi une augmentation notable de volume. Il y a trois mois, les douleurs deviennent intolérables, vomissements incoercibles, la malade ne peut prendre d'autre aliment que du lait caillé. Le 14 décembre, son médecin ordinaire pratique une ponction à l'aide de l'appareil Potain, dans le côté gauche de l'abdomen; issue de liquide louche un peu verdâtre?

État actuel. — Ventre volumineux, veines sous-cutanées très dilatées. Circonférence abdominale prise au niveau de l'ombilic 102 centim. Distance de l'épigastre à l'ombilic, 0.21; de l'ombilic à la symphise, 0.24. Matité médiane, sonorité dans les flancs. Tumeur occupant tout l'abdomen mais proéminente surtout du côté gauche, consistance inégale; la fluctuation cependant est très nette dans la fosse iliaque gauche. Au toucher vaginal on trouve le col utérin un peu abaissé, les culs-de-sac sont libres, l'utérus paraît mobile et indépendant de la tumeur abdominale. Comme troubles fonctionnels, douleurs continues très vives, mais ne revêtant jamais le type de crises paroxystiques. Menstruation régulière.

Urines claires, quelques traces d'albumine.

Jamais d'hématurie, pas de gravelle urique, pas de colique néphrétique.

Rien à l'auscultation du poumon ni du cœur, foie normal. État général déplorable, alimentation impossible. A maigri de 34 livres depuis six mois, ne peut dormir sans qu'on lui fasse de deux à trois injections de morphine.

Opération le 31 décembre par M. Quénu suppléant M. Terrier. Laparotomie. On tombe sur une tumeur volumineuse, immobilisée, d'extrémité des plus laborieuse, diagnostic topographique très incertain. Enfin après des manœuvres opératoires très pénibles, on arrive à

pédiculiser la tumeur, on l'enlève et on reconnaît qu'on se trouve en présence d'un rein.

En même temps on découvre une masse ganglionnaire considérable située sur les parties latérales du rachis ; les connexions vasculaires en sont telles que M. Quénu est d'avis de refermer le ventre et de laisser ces ganglions dégénérer en place. Drainage, suture abdominale.

La malade a supporté très bien cette intervention, la température n'a atteint 38° que le 1^{er} jour au soir, depuis, elle se maintient entre 37°, et 37°,4.

Aujourd'hui 25 janvier, la malade se lève et va très bien, et n'était une eschare profonde à la région sacrée, pourrait quitter l'hôpital.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous semble intéressante à plusieurs points de vue : 1° développement très lent ; de cette tumeur, date du début, dix ans ; 2° allures d'une tumeur développée aux dépens des annexes de l'utérus ; 3° *jamaïs à aucun moment de trouble urinaire.*

EXAMEN DE LA TUMEUR par le Dr G. POUPINEL. — La tumeur qui nous est remise présente le volume d'un melon cantaloup, pèse 4 k. 775 gr. et est assez régulièrement arrondie. Sa surface est lisse presque partout et présente deux grosses bosselures. En un point de sa surface on observe une saillie ayant la forme, la couleur et la dimension d'une moitié de rein normal. Par une de ses extrémités, cette saillie fait corps avec la tumeur qu'on peut donc considérer comme développée aux dépens d'une moitié du rein en question. Dans la concavité du hile du rein, on reconnaît le bassinnet qui a été sectionné et ouvert pendant la confection à son niveau d'un des pédicules de la tumeur. La muqueuse du bassinnet est lisse et ne paraît pas envahie par le néoplasme. La section de la tumeur montre qu'elle est formée d'une coque épaisse, blanchâtre, d'aspect fibreux englobant une masse pulpeuse, brune, déchiquetée, ayant l'aspect d'un gigantesque caillot en voie d'organisation. Au centre de cette masse existe une cavité anfractueuse qui contenait environ 1 litre de liquide brunâtre, enlevé par ponction pendant l'opération.

Au voisinage immédiat du rein, le néoplasme n'a pas été le siège d'hémorragie comme partout ailleurs, il se présente en ce point sous l'aspect d'un tissu blanchâtre, ferme, et pénètre sous forme de traînées blanchâtres dans le tissu rénal sain. Il n'y a donc pas de délimitation nette à l'œil nu entre le néoplasme et le tissu rénal sain.

Un volumineux ganglion ovoïde, bosselé, de 8 centimètres de longueur sur 3 de largeur, a été enlevé en même temps que les tumeurs. Son tissu est blanchâtre, résistant, on n'y voit pas trace d'hémorragie.

Examen histologique. — Nous avons examiné différents points de la tumeur primitive ainsi que de la tumeur secondaire ganglionnaire, et nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

Le néoplasme est de nature épithéliale. Il s'agit d'un épithélioma tubulé à cellules cylindriques. Comme dans tous les épithéliomas du

rein actuellement connus, les cellules sont volumineuses, ont un protoplasma clair, ne se colorant pas par le picro-carmin, sont disposées le plus souvent sur une seule couche, implantée perpendiculairement à la paroi des tubes épithéliaux. Dans les portions de la tumeur tout à fait voisines du tissu rénal sain, le point de départ de la néoformation épithéliale peut être exactement reconnu et localisé dans l'épithélium des tubes glandulaires du rein. Cette origine explique la pénétration réciproque du néoplasme et du tissu rénal, pénétration qui rend impossible la délimitation précise des tissus sain et altéré. Dans le rein, au voisinage de la tumeur, les vaisseaux sanguins sont entourés d'une zone de cellules embryonnaires, mais il ne nous a pas été donné de constater la présence de cellules épithéliales dans la lumière même des vaisseaux sanguins. La tumeur est entourée d'une coque fibreuse très épaisse dans laquelle cheminent de volumineux vaisseaux. Sur une de nos coupes, la lumière d'une de ces artères est complètement oblitérée par endartérite. Sur les portions anciennes, mais non altérées par hémorrhagie, de la tumeur primitive, ainsi que sur les coupes de la tumeur secondaire, les tubes glandulaires de l'épithélioma sont tellement rapprochés et entremêlés dans tous les sens que l'aspect est tout à fait celui du carcinome. Les cellules des lobules sont toutes à protoplasme clair, mais leur forme n'est plus aussi nettement cylindroïde ; elles sont déformées par pression réciproque, et disposées parfois sur plusieurs couches de façon à oblitérer complètement la lumière du lobule.

Dans les points envahis par l'hémorrhagie, on trouve à la place de l'épithélioma un caillot fibrineux renfermant dans les mailles de son réticulum des débris informes de cellules et quelques globules de graisse. Dans aucun des points examinés par nous, nous n'avons pu rencontrer du sang dans les tubes épithéliaux, ainsi que l'a signalé M. le Prof. Cornil en 1887. L'aspect typique du néoplasme dans le cas actuel est d'ailleurs complètement défiguré par l'abondance de l'épanchement sanguin.

De cet examen anatomique nous croyons devoir faire ressortir les particularités suivantes : unilatéralité de la tumeur développée à l'extrémité supérieure du rein. Généralisation aux ganglions voisins. Transformation de la presque totalité de la tumeur en un volumineux kyste sanguin rempli par un caillot fibrineux englobant les débris informes du néoplasme. Indépendance du bassinot, texture histologique de la tumeur qui mérite à celle-ci le nom d'épithélioma tubulé et carcinoïde du rein.

M. HARTMANN fait remarquer qu'il existe encore en quelques points de la tumeur des portions de tissu rénal.

Cancer latent de l'estomac et carcinome alvéolaire, type du grand épiploon, à forme kystique. (Les parois du kyste sont constituées par du carcinome et le liquide est franchement sanguin, 3 litres 1/2 environ. — **Pneumonie lobaire : hépatisation grise en 3 jours**, par M. JOSIAS, médecin des hôpitaux et V. LEBLOND, interne des hôpitaux.

Harriss... Louis, âgé de 63 ans, cordonnier est entré le 8 décembre 1888 à l'hôpital Broussais service de M. Josias.

Ce malade raconte qu'en décembre 1887, il a ressenti des douleurs lancinantes dans l'hypochondre gauche, au niveau des dernières côtes ; ces douleurs, à la moindre pression, s'irradient de toutes parts, surtout vers la vessie et jusqu'à l'extrémité de la verge. Pas de troubles de miction. En même temps, l'appétit se perdait peu à peu ; les forces allaient diminuant et l'amaigrissement fit de rapides progrès. Environ un mois après le début de ces douleurs, il sentit une grosseur ayant le volume d'une noix, sous la dernière côte gauche : cette tumeur était douloureuse à la pression ou pendant les efforts. Peu à peu elle descendit vers l'ombilic, empiétant bientôt sur la ligne médiane.

Pendant l'été dernier, l'appétit était nul et le teint devenu très pâle. Léger dégoût de la viande, sans vomissements ni hématomèse. Diarrhée fréquente ; jamais de selles sanglantes. De temps à autre le malade entendait de petits gargouillements partant de l'hypochondre gauche et descendant jusqu'à l'hypogastre : à la fin de ces crises de gargouillements, la douleur était très vive : il n'y avait jamais d'émission de gaz par l'anus.

Le 8 octobre à son entrée à l'hôpital, le malade est très amaigri, le facies de couleur jaune paille. Les forces ont disparu et la marche est très pénible, car elle réveille les douleurs et s'accompagne d'une sensation de pesanteur dans le flanc gauche. L'abdomen est soulevé par une masse uniforme, sans œdème de la paroi, sans dilatation des veines superficielles. Une tumeur volumineuse occupe l'hypochondre gauche, une partie du flanc gauche, la région ombilicale et une portion du flanc droit. Elle est un peu mobile latéralement, sans adhérences à la paroi antérieure de l'abdomen. La portion la plus saillante siège sous les fausses côtes gauches. Sa surface est mamelonnée, bosselée, d'une consistance un peu ferme, avec quelques petites nodosités superficielles roulant sous les doigts. La partie supérieure de cette masse est bien séparée du foie, la limite inférieure en est plus indécise : elle descend à 2 cent. de l'arcade de Fallope à droite et à 3 cent. de la symphyse pubienne. Au reste, la matité délimite assez nettement les contours de la tumeur. Le creux épigastrique se déprime aisément, sans douleur : dans la région ombilicale en frottant vivement la paroi de l'abdomen, on provoque un gargouillement qui ne semble pas se produire dans l'estomac. On ne sent pas de tumeur au niveau de l'estomac : le foie paraît sain : son bord antérieur ne déborde pas sensiblement les fausses côtes.

Les autres organes sont sains. Léger œdème des jambes, un peu plus prononcé à gauche. L'appétit est presque nul : pas de vomisse-

ments. Diarrhée abondante : 5 selles liquides chaque jour, de couleur normale. Pas d'adénite inguinale, ni axillaire, ni sus-claviculaire. Urines normales.

On pense à une tumeur maligne de l'abdomen, peut-être à une tumeur de la rate, ayant envahi secondairement le grand épiploon.

L'état général du malade empire jusqu'aux premiers jours de janvier 1889. La tumeur reste stationnaire. Les douleurs lancinantes ont augmenté d'intensité : elles surviennent spontanément et dès que le malade veut marcher. Même facies cancéreux : même œdème des membres inférieurs. Pas de vomissements ; pas d'ictère. La diarrhée persiste ; les urines sont normales.

Le 5 janvier. Le malade se plaint d'une toux continuelle qui exagère les douleurs de l'abdomen. Le lendemain, l'auscultation dénote une pneumonie droite avec souffle et râles crépitants, sans frisson ni point de côté. Les crachats sont visqueux, non rouillés.

Le 7. La dyspnée augmente, la matité est absolue dans tout le poulmon droit. Le malade meurt à 7 heures du soir.

AUTOPSIE. — Pneumonie droite : hépatisation grise du lobe moyen ; hépatisation rouge du lobe inférieur.

A l'ouverture de l'*abdomen*, pas d'ascite ; on voit une énorme tumeur remplissant l'hypochondre gauche, la région ombilicale, la région épigastrique et le flanc droit. Son aspect extérieur est blanc nacré : à sa surface, çà et là de petits noyaux blanchâtres, au milieu des pelotons graisseux de la face antérieure du grand épiploon. Quand on soulève cette masse, on voit qu'elle n'adhère ni à la rate (un peu cachée derrière sa partie supéro-latérale gauche) ; ni au rein, ni à l'intestin grêle. Elle est bien isolable sur les parties latérales ; mais sa face antérieure se continue avec celle de l'estomac qui est saine et lisse ; à sa face postérieure est intimement accolé le côlon transverse. La face antérieure de cette tumeur a l'aspect graisseux du grand épiploon avec ses nodosités roulant sous le doigt. Au toucher elle donne une sensation cartilagineuse et présente une fluctuation assez nette, un peu pâteuse. On détache toute cette masse avec l'estomac et la portion adhérente du côlon transverse : le tout pèse 5 kg. 400 gr. Le pancréas est libre et paraît sain.

A l'ouverture de cette poche, il s'écoule 3 litres 1/2 d'un liquide rouge brun, un peu sirupeux, ayant l'aspect du sang : quelques caillots sont au fond de la poche. Trois diverticules indépendants de la grande poche contiennent un liquide semblable. La poche vidée de son contenu présente sa face interne lisse et rougeâtre, tapissée par places de strates de fibrine rougeâtre. Les parois de la cavité mesurent environ 1 centim. d'épaisseur. Le côlon transverse, qui adhère intimement à la tumeur est sain, sans rétrécissement, ni perforation : il est rempli de matières liquides, jaunes. L'estomac, dont la grande courbure fait corps avec la partie supérieure de la tumeur, présente ses parois antérieure et postérieure absolument saines. En l'ouvrant, on trouve la cavité vide ; sa face interne est rougeâtre, ecchymosée.

u niveau du grand cul-de-sac se trouve une tumeur dure, de couleur jaune jaunâtre, ne faisant pas saillie dans la cavité stomacale, et présentant en un point une ulcération cratériforme, à bords indurés, taillés à pic et réguliers, dont le fond ne contient pas de sanie et fait corps avec l'extrémité supérieure de la grande poche hématique.

Quelques ganglions cancéreux sont disséminés dans l'épiploon gastro-hépatique. Le foie, de volume normal, est parsemé de noyaux cancéreux, surtout sur la face convexe. La vésicule biliaire et le pancréas sont indemnes. Le mésentère, les circonvolutions de l'intestin grêle et la surface externe de la vessie sont parsemés de granulations cancéreuses. Rien à la prostate : aucune masse ganglionnaire le long de la colonne lombaire. Les reins sont normaux ainsi que la rate.

EN RÉSUMÉ. — Cancer latent de l'estomac, qui a envahi secondairement le grand épiploon, dont les deux feuilletts se sont épaissis et séparés, pour former une cavité, contenant 3 litres 1/2 de sang. — Mort en 3 jours d'hépatisation grise.

M. TUFFIER regrette qu'on ne puisse injecter les vaisseaux qui entourent cette poche ; car il est probable que l'hémorragie est due à la rupture d'un gros vaisseau du voisinage.

Varices de l'estomac.

M. MOUTARD-MARTIN présente un estomac sur la petite courbure duquel on voit une dilatation considérable des veines coronaires stomachiques ; il a été recueilli sur un homme mort de cirrhose : le foie n'était pas très diminué de volume.

Il est à remarquer qu'aucune autre veine n'était dilatée, ni celles de la paroi stomacale, ni les diaphragmatiques, ni les œsophagiennes, ni les sous-cutanées. Cette anastomose constituait donc la seule voie supplémentaire de retour du sang au cœur.

M. LETULLE. L'absence d'hématémèse est à signaler ; il n'y a pas de rapport entre ce phénomène et l'état de la circulation dans les veines gastriques ou œsophagiennes ; l'hémorragie est généralement liée à l'ulcération de la muqueuse.

M. TUFFIER. L'ascite ne présente pas non plus de rapports constants avec l'état de la circulation intra-hépatique ; la périhépatite explique beaucoup mieux ce phénomène. Il n'a jamais obtenu l'ascite par la ligature progressive de la veine porte chez les chiens.

M. LETULLE admet cette opinion, et rappelle que la cons-

titution du liquide est celle d'un épanchement inflammatoire.

M. GIRODE a observé dans les veines œsophagiennes dilatées de la cirrhose atrophique, des lésions des parois et particulièrement une obstruction des vaisseaux nourriciers.

Kyste volumineux à contenu sébacé de la pulpe du pouce, par le Dr VERCHÈRE, ancien chef de clinique chirurgicale.

Le nommé F..., âgé de 75 ans, est porteur d'une tumeur de la pulpe ayant débuté il y a 3 ans. L'accroissement a été progressif ; à aucune époque il n'y eut de douleur.

Comme étiologie, il est possible de trouver un fait intéressant. 2 ans avant le début de sa tumeur, F..., qui est cordonnier, s'est blessé contre la pointe de son alêne ; à la suite survint du gonflement, de la douleur ; l'application prolongée de cataplasmes favorisa l'ouverture spontanée d'un panaris de la pulpe. Ce panaris était très probablement superficiel ; il guérit sans laisser d'autre trace qu'une très petite cicatrice. Il n'y eut pas de fistule prolongée. Rien qui doive faire penser qu'il y ait eu lésion du côté de la phalange.

Ce n'est que deux ans après que le malade s'aperçut d'une saillie au niveau de la pulpe de son pouce. Cette saillie s'accrut progressivement et présenta l'aspect suivant le 17 janvier 1889.

Etat actuel. — La pulpe du pouce est saillante en avant, d'une façon régulière. La tumeur est fluctuante, et la fluctuation est tout à fait superficielle, analogue à celle que donne le panaris phlycténoïde. Mais en aucun point on ne trouve de rougeur, de douleur. Instruit par un fait que j'ai vu antérieurement et que j'ai présenté à la Société anatomique, je diagnostique kyste sébacé de la pulpe.

Je fais une incision au bistouri ; la peau est indurée et l'incision est nette ; par la pression issue d'une longue bandelette de matière sébacée, absolument analogue comme aspect à celui que l'on obtient lorsqu'après avoir incisé la coque d'une châtaigne cuite on en exprime le contenu par pression.

Après avoir vidé le kyste, je fais dans l'intérieur deux ou trois lavages avec la solution de sublimé à 1/1000, puis je me mets en mesure d'extirper la poche. J'agrandis de quelques millimètres l'incision primitive, puis saisissant les lèvres de la poche avec une pince à griffes, je la sépare peu à peu des tissus voisins avec des ciseaux mousses. Dissection facile, et ablation totale de la poche.

C'est cette poche que je présente à la Société anatomique. Elle est absolument sphérique, du volume d'une cerise. Les parois sont absolument rigides, et sont épaisses de 5/10 de millimètres à peu près. La couleur de la face interne est blanc jaunâtre, la surface externe est lisse, régulière. Les parois se cassent assez facilement et paraissent comme consistance analogues à certains fibro-cartilages.

Cette consistance est en rapport avec la longue durée du kyste.

L'examen histologique sera fait ultérieurement.

Les faits se multiplient depuis que Rizet, Reverdin, Villar et moi-même avons attiré l'attention sur eux. Ils viennent s'ajouter les uns aux autres pour démontrer la possibilité de leur apparition au niveau de régions non pourvues de glandes sébacées, et l'existence antérieure d'un traumatisme dans tous les cas étudiés complètement montre qu'il y a toute apparence pour que l'on trouve l'origine de ces kystes non pas dans une glande préexistante, puisque celle-ci n'existe pas à l'état normal anatomiquement, mais bien dans une véritable inclusion des cellules épidermiques qui par une suite continue de proliférations et de dégénérescences se transforment en une masse d'apparence sébacée.

Le cas que je présente actuellement est une preuve nouvelle en faveur de cette théorie.

M. VILLAR. — Il est curieux de constater combien ces kystes des doigts, dont les premières observations remontent à une vingtaine d'années, sont devenus fréquents parmi nous. M. le Prof. Trélat m'a dit en avoir observé deux cas dans ces dernières années, l'un à Necker, l'autre à la Charité; mon ami Verchère en a également observé 2 cas dans l'espace d'un an; dernièrement mon collègue et ami Jonnesco nous en rapportait une belle observation; dans son travail de 1887 M. Reverdin (de Genève) est arrivé à réunir un nombre assez considérable de ces kystes, ce qui lui a permis d'en étudier et les caractères et la pathogénie.

J'ai moi-même observé dans l'espace de 3 ans, trois faits de kystes des doigts à contenu sébacé que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société.

Un second point me paraît intéressant dans la communication de M. Verchère; c'est que le diagnostic a pu être posé avant l'extirpation de la tumeur; or, le plus souvent, en présence de ces kystes, on diagnostique fibrome ou fibrolipome: sans doute, la connaissance de ces kystes qui tendent à devenir vulgaires, permettra à l'avenir d'éviter l'erreur dans quelques cas. Instruit par les deux premiers cas que j'avais observés et en me basant sur certains caractères spéciaux, j'ai pu moi-même, dans mon troisième cas, poser un diagnostic qui a été vérifié exact après l'opération.

Je ne dirai rien de la pathogénie de ces kystes encore fort discutée; les belles et intéressantes recherches du Prof. Masse (de Bordeaux), sur les kystes et tumeurs per-

lées de l'iris, tendent cependant à faire admettre l'origine traumatique de ces tumeurs par inclusion épidermique.

Mais je veux à ce propos faire une remarque ou plutôt une rectification ; dans une discussion soulevée il y a quelques mois au sein de la Société sur la pathogénie et la structure de ces kystes des doigts, certains membres m'ont paru m'attribuer une opinion que je n'ai nullement soutenue. Ne voulant préjuger en rien de la structure ni de la pathogénie de ces tumeurs, j'avais adopté la dénomination de « kystes à contenu sébacé » ; mais, il est bien entendu que j'ai voulu dire par là « kystes à contenu d'aspect sébacé » ; et en effet, ce qui caractérise la plupart de ces kystes, c'est leur structure épidermique et l'aspect du contenu qui rappelle ces magmas, ce mastic que l'on rencontre dans les loupes vulgaires.

Durillon sous-unguéal. Rapport sur la candidature de M. THIÉRY, au titre de membre adjoint, par M. le Dr FRANCIS VILLAR.

Parmi les nombreuses et intéressantes communications faites par M. Thiéry à la Société anatomique, je voudrais surtout attirer votre attention sur la description qu'il nous a faite d'une affection encore non décrite du derme sous-unguéal qu'avec notre maître M. le Prof. Le Fort, il propose d'appeler *durillon sous-unguéal*.

M. Thiéry nous a rapporté à l'appui de sa communication deux observations personnelles très nettes dont une accompagnée d'examen histologique, et d'autres qui lui ont été communiquées par M. Le Fort et M. Beurnier son chef de clinique.

Cette affection présente ceci de caractéristique que les lésions objectives ne sont nullement en rapport avec l'intensité des troubles fonctionnels ; c'est ainsi que le malade se plaint d'une douleur intense au niveau du gros orteil, ce qui porte à penser à l'existence d'un ongle incarné et l'examen ne permet néanmoins de constater aucune lésion apparente du côté de l'orteil malade, si ce n'est quelques troubles du côté de l'ongle ; ce n'est qu'après que celui-ci a été enlevé (premier temps de l'opération), que l'on voit faire saillie sur le segment phalangétien au niveau du derme sous-unguéal une tumeur assez volumineuse eu égard aux dimensions restreintes de la région, tumeur d'aspect fibroïde, qui semble formée par une hypertrophie partielle de ce derme sous-unguéal. Cette tumeur est donc la seule lésion que l'examen local permette de constater et nous avons déjà dit que cette tumeur n'est pas apparente lorsque l'ongle est en place.

C'est d'après l'étude des signes fonctionnels et subjectifs que l'on sera guidé vers le diagnostic de cette affection, et parmi ces signes il en est un pour ainsi dire pathognomonique, c'est la douleur ; celle-ci en effet présente deux caractères spéciaux.

Spontanée ou provoquée par la pression, elle est très vive et s'exaspère sous l'influence de la marche, de la station debout, du port de chaussures, de la chaleur du lit et des variations hygrométriques de l'atmosphère, caractères qui semblent rapprocher cette affection des vulgaires cors aux pieds et qui justifient la dénomination de durillon sous-unguéal. On comprend que ce cor sous-unguéal ait d'autant plus de tendance à devenir douloureux qu'il se trouve incessamment comprimé entre les plans résistants de l'ongle et de la phalange, et que ces phénomènes douloureux augmentent sous l'influence des causes qui tendent à augmenter le volume de la tumeur, c'est-à-dire qui exagèrent sa compression même à l'état de repos (état hygrométrique). Ajoutons que cette douleur siège sur la partie médiane de l'ongle; enfin celui-ci présente des stries transversales mais cette disposition, nous semble-t-il, n'a pas un grand intérêt, car elle s'observe à la suite de causes diverses.

Cette affection peut, et doit être distinguée de la dermite aiguë sous-unguéale décrite par M. Le Dentu, de l'exostose sous-unguéale qui tend à la chute de l'ongle ce qui est un caractère différentiel, de l'onchogryphose de Follin dans laquelle la lésion n'est caractérisée que par l'hypertrophie de l'ongle, le derme sous-unguéal restant à peu près sain; les onyxis et périonyxis divers seront facilement reconnus.

Quant à l'ongle incarné il se reconnaîtra facilement à l'existence du bourrelet fongueux péri-unguéal, et d'après le caractère de la douleur réveillée surtout par la marche, la pression de la chaussure et calmée par le repos au lit, ce qui n'a pas lieu dans le durillon sous-unguéal.

À la suite de la communication de M. Thiéry, M. Gérard Marchant nous a rapporté un cas de papillome sous-unguéal qui avait récidivé au bout de six mois.

Enfin, dernièrement, M. Toupet nous a communiqué l'examen histologique d'une tumeur sous-unguéale que le microscope a démontré être de nature épithéliomateuse.

Ces deux cas sont-ils à rapprocher des faits observés par M. Thiéry? Nous ne le pensons pas, car les deux malades de M. Thiéry revus l'un au bout d'un an, l'autre au bout d'un an 1/2 sont complètement guéris sans récidive.

Il est donc permis de supposer que, à côté de simples durillons sous-unguéaux, il existe d'autres tumeurs sous-unguéales, papillomes ou épithéliomas; du reste certains de ces durillons pourraient dégénérer en véritables épithéliomas ce qui on le comprend modifie le pronostic de ces tumeurs réputées bénignes.

L'ablation de l'ongle, la rugination du durillon à la curette, tels sont les deux temps du procédé opératoire applicable à ces tumeurs.

Nous devons tenir compte de l'originalité du travail de M. Thiéry et je vous prie en conséquence de vouloir bien l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre adjoint de la Société anatomique.

**Anomalie du nerf musculo-cutané et du médian. —
Rapport sur la candidature de M. POTHERAT, par HENRI
HARTMANN.**

Je ne m'arrêterai pas sur les nombreuses présentations que nous a faites depuis plusieurs années M. Potherat ; sa candidature a déjà fait l'objet d'un rapport sur lequel je n'ai pas à revenir ; aussi me contenterai-je de vous rappeler ici la description d'une anomalie nerveuse du membre supérieur qu'il nous a présentée dans une des dernières séances et qui n'a pas été publiée dans nos bulletins.

De la racine externe du médian, assez haut, se détache un filet nerveux très grêle qui se porte vers le muscle coraco-huméral, se divise bientôt en deux petits filets secondaires lesquels vont aux deux plans de ce muscle. Plus bas vous voyez du tronc lui-même du médian se détacher un nerf plus gros que le précédent, nerf qui se porte aussi en dehors vers le biceps et le brachial antérieur. Ce nerf se divise en 2 branches. De ces 2 branches, l'une se subdivise en 2 rameaux qui s'épuisent dans le biceps ; l'autre fournit plusieurs filets qui se jettent dans le brachial antérieur puis, continuant sa route entre ce muscle et le biceps, elle va donner un long filet cutané qui émerge au bord externe du biceps et va se porter sur la partie externe et postérieure de l'avant-bras.

Enfin, plus bas encore, le nerf médian fournit un filet grêle qui, passant au devant de l'artère humérale, puis, sous le biceps, émerge de l'aponévrose à la partie tout inférieure de la gouttière bicipitale externe, puis va se répandre dans la partie antéro-externe de la peau de l'avant-bras.

Ce dernier filet nerveux, exclusivement cutané, reçoit au devant du muscle brachial antérieur une petite anastomose très grêle venue du filet cutané du rameau du muscle brachial antérieur.

Nous nous contenterons de cette description, renvoyant le lecteur, que la question pourrait intéresser, à la communication que nous avons faite l'an dernier à la société sur les anomalies du musculo-cutané et du médian et à une présentation, en tout semblable à celle de M. Potherat, que nous a faite notre collègue A. Broca.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL

*Séance du 25 janvier 1889.***Rectification à propos de la syphilide hypertrophique de la vulve**, présentée par le Dr PAUL PETIT (séance du 11 janvier 1889) (1).

M. DARIER, à la demande de M. Petit, fait observer que le résumé de son argumentation, tel qu'il a été publié, n'en rend pas le sens exact.

Après avoir examiné les préparations il a cru pouvoir conclure que dans ce cas : 1° il ne s'agit pas de tuberculose ; 2° que le diagnostic de syphilis, en l'absence de caractères histologiques décisifs, était admissible par voie d'exclusion.

A l'appui de cette opinion M. Petit renvoie au dessin de la pièce, dessin qui va être publié dans les *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*.

Examen histologique d'un kyste à contenu sébacé présenté par M. Verchère, par J. DARIER.

La pièce en question m'a été remise dans l'alcool sur les coupes colorées par le picro-carminate et montées dans la glycérine, on constate que la structure de la paroi du kyste est la suivante.

1° La coque fibreuse qui enveloppe, comme d'ordinaire, la tumeur est séparée des couches épithéliales par une membrane basale, peu épaisse, mais très appréciable, il n'y a aucune apparence de papilles, ni de glandes, ni de follicules pileux.

2° Sur la membrane basale repose une couche, correspondant à un corps muqueux, composée de 4 à 5 rangées de cellules aplaties et un peu claires, mais munies de filaments d'union comme celles de la peau normale. Les cellules de la première rangée se colorent plus fortement ; elles ne sont pas cylindriques, mais aplaties comme les autres, probablement sous l'influence d'une pression excentrique.

3° Au corps muqueux succède une couche granuleuse formée de cellules lozangiques sur la coupe contenant des gouttelettes caractéristiques d'éléidine.

4° Au delà se trouve une couche cornée 5 ou 6 fois plus épaisse que

(1) *Bull. Soc. anat.*, p. 28.

l'ensemble des deux précédentes. Les cellules en sont complètement kératinisées, dépourvues de protoplasma et de noyau, fortement aplaties et lamelleuses. Les plus superficielles se détachent facilement et ce sont évidemment ces cellules desquamées qui constituaient la matière d'apparence sébacée que contenait le kyste. Malgré l'absence de toute glande et malgré le séjour de la pièce dans l'alcool, cette couche cornée contient encore une notable proportion de graisse.

Il s'agit donc d'un *kyste épidermique à contenu sébacé* dont la structure n'offre rien de spécial.

Je ferai remarquer à ce sujet que je ne crois pas que l'on puisse, comme l'a fait récemment M. Jonnesco (*Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 940) établir une classification dans les kystes palmaires des doigts et de la main, en se basant sur la nature de leur contenu. Ce contenu a en tous cas l'aspect de sébum, d'athérome, de mastic, etc., et l'on y trouve constamment des cellules cornées et de la graisse, quelquefois aussi des cristaux de cholestérine ou autres. C'est faire une distinction artificielle que de séparer sous le nom de *kystes sébacés* ceux que les auteurs ont dit renfermer du *sébum*, et sous celui de kystes épidermiques ceux dont la relation ne contient pas ce mot.

La présence ou l'absence d'éléidine, et la kératinisation plus ou moins complète des cellules desquamées serait, au contraire, un caractère important à spécifier à l'avenir, qui pourrait mieux que tout autre conduire à la solution du problème pathogénique que soulèvent ces kystes palmaires; à savoir, s'il s'agit de véritables kystes sébacés développés aux dépens de glandes sébacées aberrantes, ou de kystes épidermiques d'origine traumatique, comme c'est fort probable. Le dernier mot cependant, appartiendra sans doute à l'expérimentation.

Anévrysme de l'angle supéro-antérieur de la crosse de l'aorte. — Large perforation sternale. — Ouverture de l'anévrysme dans le tissu cellulaire anté-sternal. — Anévrysme secondaire circonscrit. — Perforation cutanée et rupture de l'anévrysme, par LOUIS WICKHAM, interne à l'hôpital Saint-Louis.

I. Résumé de l'observation prise par M. LAILLER, externe du vice.

La nommée Rossignol, âgée de 39 ans, blanchisseuse, entre le

22 octobre 1888 à l'hôpital Saint-Louis, salle Lugol, service du Dr Hallopeau.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Rien de particulier à signaler jusque vers le mois d'octobre 1887 ; sauf de très fréquentes épistaxis depuis 7 à 8 ans.

Pas d'alcoolisme. Pas de syphilis. Pas de rhumatisme. Depuis le mois d'octobre 1887, sans pouvoir préciser, la malade se plaint d'avoir eu toute une série de troubles, vagues, dans lesquels on peut reconnaître quelques signes de compression, mais bien peu marqués, il est vrai, et n'ayant jamais conduit la malade à se faire examiner. C'est il y a 8 mois, après un effort de toux, mais sans signaler de douleur spéciale, que la malade aurait vu apparaître brusquement, au devant de la partie supérieure du sternum, une tumeur de petites dimensions.

(Ce fait doit correspondre, comme nous le verrons, à l'ouverture de l'anévrysme après perforation sternale, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais alors il est vraiment remarquable de considérer avec quels caractères insidieux ces lésions ont évolué, l'anévrysme d'abord ; puis le travail de perforation sternale.)

Après s'être maintenue dans un statu quo relatif pendant assez longtemps, ce n'est que vers septembre 1888, que la tumeur se serait rapidement accrue, pour atteindre l'énorme dimension que l'on constate à ce jour.

Des signes de gêne, de suffocation, de dysphagie récemment apparus et rapidement développés, ont enfin conduit la malade à l'hôpital.

Etat actuel. — La tumeur développée au devant du sternum est énorme. Siégeant au niveau des 2 premières pièces sternales, elle offre les dimensions d'une tête de fœtus. Saillante de 15 cent. environ, elle présente une base de même mesure. Son sommet proéminent lui donne un aspect piriforme. Cette partie de la tumeur semble recouverte d'une peau plus mince, comme minée en dessous par un travail d'usure.

Les signes physiques sont loin de répondre à l'attente. On constate à peine quelques bruits anévrysmaux. Ces caractères presque négatifs seront expliqués par l'étude anatomique. La poche étant en effet comblée de caillots, l'oreille appuyée sur la tumeur se trouve fort loin du siège des bruits.

Il existe bien à la palpation un centre de battements particulier ; mais il est obscur, peu net. On perçoit bien aussi, mais de la même manière, une expansion légère, un peu après la systole cardiaque.

L'auscultation donne un premier bruit, un peu soufflant, sourd, prolongé ; presque un roulement ; un second bruit s'entend, mieux détaché, analogue à un claquement.

Le cœur paraît hypertrophié ; la pointe bat très en dehors du mamelon.

Ce n'est là, nous le verrons, qu'une apparence ; il n'est pas hypertrophié, mais seulement déplacé, déjeté en dehors.

Le contrôle des artères périphériques indique que l'anévrysme siège plutôt au devant de la naissance des gros troncs artériels du cou. Ce qui d'ailleurs est exact. Les temporales, carotides, radiales, crurales, ont le rythme égal. Comparées au cœur, elles battent sensible-

ment en retard. Mais les pulsations sont partout assez faibles ; particulièrement celles de la carotide gauche et de la radiale droite.

Pendant les 3 derniers mois, il n'est rien survenu de particulier, comme signe local, si ce n'est l'accroissement progressif de la tumeur. Sa tension toujours plus grande, le travail de perforation cutanée, constant au niveau de son sommet, où la peau de plus en plus amincie devient violette, puis noirâtre. Mais les signes généraux se sont accumulés. La dysphagie a pris de telles proportions que la malade ne peut plus s'alimenter. La suffocation est extrême, et détermine une forte cyanose de la face. On constate aussi un abondant réseau veineux anté-sternal.

On s'attend à chaque instant à la rupture de l'anévrysme. Elle a lieu enfin le 18 janvier 1889, au matin. Un flot de sang s'échappe en jet et la mort survient en 2 ou 3 minutes.

L'AUTOPSIE est faite de façon à englober toute la tumeur anté et rétro-sternale.

Les poumons ne présentent rien de particulier, si ce n'est un peu de congestion pulmonaire du côté gauche.

Le cœur, non hypertrophié comme on l'a cru à l'examen clinique, est seulement déjeté du côté gauche.

La pièce, dégagée des poumons, comprend : 1° le sternum avec la 1/2 interne des clavicules et des côtes ; 2° la tumeur anté-sternale ; 3° la tumeur rétro-sternale avec l'aorte, le cœur, l'œsophage, la trachée, les bronches et les principaux vaisseaux et nerfs du voisinage.

Une première section faite dans le sens supéro-inférieur de la tumeur sous-cutanée, passant par sa partie médiane au centre de l'orifice par où l'anévrysme s'est rompu, montre, immédiatement au-dessous de la peau doublée d'une mince couche de tissu cellulaire, une masse de caillots, durs, résistants et blanchâtres à la périphérie ; noirs et mous dans la profondeur.

Les caillots enlevés, et pesés donnent un poids de 750 gr. (cette masse de caillots explique l'impossibilité où l'on se trouvait d'entendre nettement des bruits anévrysmaux), on constate une vaste poche, au fond de laquelle, le sternum érodé est percé d'un large trou ; on devine au-dessous un anévrysme de l'aorte. Mais prenons la pièce par l'autre bout, et ouvrons le cœur.

Aucun épaissement des parois, apparence absolument normale. Les orifices successivement ouverts ne montrent pas de lésion d'insuffisance ou de rétrécissement. Pas d'athérome. Mais immédiatement au-dessus de la valvule sigmoïde aortique, commencent des lésions d'athérome très prononcées. Les parois de l'aorte dans la partie naissante de la crosse sont épaisses, dures. Leur surface interne est irrégulière et mamelonnée de plaques jaunâtres d'athérome.

Dès la partie moyenne de la branche montante, on voit l'aorte se développer, et en poursuivant la section on tombe dans une poche lossale que l'on voit communiquer aisément avec la première poche crite, à travers le sternum.

En ne quittant pas la paroi postérieure de la surface intérieure de la crosse, on voit bientôt la paroi antérieure qui s'était éloignée en la vaste dilatation se rapprocher au niveau du passage au-dessus de la bronche gauche ; à ce niveau l'aorte devient reconnaissable, bien qu'elle soit toujours un peu dilatée et couverte de nombreuses plaques athéromateuses.

Il est un fait des plus importants, qu'il nous faut bien noter, car il explique les signes cliniques, ou mieux l'absence de ces signes cliniques si fréquents, qui indiquent habituellement la compression des divers organes du médiastin.

L'évolution de cet anévrysme s'est effectué en effet d'une façon extrêmement insidieuse et ce n'est que dans les derniers mois alors que la tumeur proéminait de 15 centimètres au devant du sternum, que sont apparus des signes, violents alors, de suffocation et de dysphagie.

L'étude des rapports de la face postérieure de la tumeur, permet d'expliquer ces faits. On ne constate vers la trachée, la bronche gauche, l'œsophage, aucune diminution de volume; ces organes sont absolument normaux. Bien entendu les récurrents et les pneumogastriques ont dû être fort peu intéressés.

L'anévrysme a porté tous ses efforts en avant, aux dépens de la paroi antérieure de l'aorte, et siège, en le dépassant de quelques centimètres en bas et en avant, à l'angle antéro-supérieur de la crosse aortique. Les parties latérales ont été peu atteintes et c'est là la raison de l'intégrité presque absolue de l'orifice aortique des grosses artères du cou.

Revenons à l'anévrysme. Considéré dans son ensemble, il est en forme de bissac; dont l'étranglement médian serait représenté par l'orifice sternal. Celui-ci, de circonférence à peu près régulière, mesure de 6 à 8 cent. de diamètre. Il se trouve à la place de la première pièce sternale, empiétant largement sur la seconde.

Les surfaces internes des clavicules bien que mobiles vers leur articulation interne, adhèrent encore à un pont de substance cartilagineuse, débris supérieur de la première pièce sternale.

L'extrémité interne des 1^{re}, 2^e et 3^e côtes est détruite et se termine dans la cavité par des surfaces érodées, rugueuses. Les 4^{es} côtes sont en dessous de la perforation sternale et en dehors de la cavité anévrysmale. Ce sont les 2^{es} côtes qui ont le plus souffert. Au niveau de leurs extrémités internes, on voit de nombreuses esquilles, mobiles.

La poche sous-sternale nettement formée par une dilatation aortique ne contenait pas de caillot à l'autopsie. Sa surface interne analogue à celle de l'aorte est criblée de plaques athéromateuses les unes saillantes, dures, jaunâtres; les autres en voie de désorganisation. Au niveau de ces dernières, le moindre grattage enlève des tissus mous, mortifiés et laisse voir une dépression souvent profonde, diminuant d'autant à ce niveau la paroi anévrysmale. Les dimensions de cette poche sont à peu près dans tous les sens de 10 à 12 centimètres. Tandis que la poche antérieure donne les mesures suivantes : sens antéro-postérieur : 14 centim.; sens transversal : 16 centim.; sens supéro-inférieur : 12 centim.

En passant, au niveau de la perforation sternale, dans cette poche antérieure on trouve que sa surface interne a un aspect bien différent. Ce n'est plus là, l'aspect de surface interne de grosse artère. La coloration, brunâtre, la plus grande mollesse des parois, donnent une apparence tout autre et la transition en est brusque à l'orifice sternal. Des coupes histologiques des parois de cette poche secondaire ne montrent rien qui puisse permettre d'affirmer la présence d'une tunique artérielle. On ne constate que du tissu conjonctif très dense.

Selon toute vraisemblance, l'anévrysme s'est donc rompu dans le tissu conjonctif anté-sternal et il s'est produit une poche anévrysmale circonscrite secondaire.

EN RÉSUMÉ, on peut expliquer de la façon suivante l'enchaînement des faits :

1° Athérome de l'aorte.

2° Dilatation anévrysmale au niveau de l'angle supéro-an-térieur de la crosse.

3° Développement en avant. Indifférence de la paroi postérieure de l'aorte et intégrité des organes voisins, d'où : évolution clinique insidieuse.

4° Perforation du sternum.

5° Rupture de l'anévrysme dans le tissu cellulaire anté-sternal.

6° Développement d'une poche anévrysmale secondaire circonscrite au devant du sternum.

7° Travail de raréfaction progressif du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau. Amincissement extrême au point le plus saillant de la tumeur.

8° Enfin, perforation de la peau et rupture définitive de l'anévrysme.

M. CORNIL fait remarquer que le sang de la poche antérieure était directement en rapport avec les muscles du thorax.

Arthropathie du genou chez un tabétique, par J. REBOUL, interne des hôpitaux.

Le nommé T.... Clément, sellier, 56 ans, entre le 26 septembre 1888 à l'hôpital Lariboisière, salle Ambr.-Paré, lit n° 6. Service de M. le Dr Périer, supplé par M. le Dr Nélaton.

Antécédents. — Vers 1856. Au siège de Sébastopol, T.... a les membres inférieurs gelés.

Quelques mois après, il éprouve des douleurs fulgurantes dans les deux membres inférieurs, mais plus marquées à droite.

Pendant deux ou trois ans, excès génitaux fréquents (trois à quatre fois par jour) (coût debout). Deux blennorrhagies.

En 1860. Luxation du coude gauche, réduction.

Après la guerre de 1870, les douleurs fulgurantes deviennent plus intenses.

Le malade ne peut préciser si à cette époque la marche était modifiée, ni, si en appuyant les pieds sur un parquet il éprouvait la sensation de coton.

En 1880. En sautant d'un break, le malade se fait une entorse du genou droit, ce qui l'oblige à garder le lit pendant environ deux mois. Il recommence alors son travail. Vers le commencement de 1882, remarquant que son genou augmente peu à peu de volume, il entre à l'hôpital Beaujon dans le service de M. le Dr Tillaux pour une hydarthrose. On applique des pointes de feu, des vésicatoires.

Ce traitement n'amenant aucun changement, on fait une ponction qui amène une certaine amélioration et le malade sort de l'hôpital avec un appareil silicaté, marchant bien et ne souffrant que de ses douleurs fulgurantes qui augmentent de plus en plus.

Quelques mois après sa sortie, trouvant que son appareil silicaté le gêne, non au genou, mais à la jambe et à la cuisse, T... le retire et trouve que son genou droit est difforme. Peu de temps après, il remarque que cette articulation a des mouvements de latéralité.

Vers la fin de l'année 1885, la marche devient très pénible : les symptômes se manifestent de plus en plus.

En 1886 (septembre). T... entre à l'hôpital Broussais, dans le service de M. le Dr Nélaton. Le genou droit est difforme et rend la marche impossible. Immobilisation de l'articulation dans un appareil silicaté. Amélioration notable. Vers cette époque, le malade souffrait de céphalalgie surtout nocturne, la vue est trouble ; éblouissements fréquents, scintillements. Il fait une chute, pour avoir, en marchant, voulu regarder de côté. Toutefois il peut reprendre son travail.

Au mois de septembre 1887, le malade entre à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le Dr Peyrot, puis dans le service de M. le Dr Landouzy, où on le soumet au traitement spécifique qui paraît amener une certaine amélioration. Pendant quelque temps, incontinence d'urine. Depuis le commencement de 1888, les douleurs fulgurantes augmentent en durée et en intensité et se manifestent aussi bien la nuit que le jour, mais ne sont pas constantes. Quelques jours de calme entre chaque crise. Les mouvements anormaux du genou s'accroissent davantage, la marche est presque impossible. Les troubles ataxiques augmentent.

Etat actuel. — A son entrée, T..., nous présente, en dehors de lésions du genou droit, des symptômes manifestes d'ataxie.

Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, douleurs en ceinture, anesthésie en plaques, retard de la sensibilité. Paralyse du nerf moteur oculaire commun à gauche, paralysie du releveur de la paupière supérieure.

Diplopie. A l'examen ophtalmoscopique : Hyperhémie de la papille, aspect diffus des bords. Pertes séminales, érections fréquentes non douloureuses, miction normale, ni rétention, ni incontinence.

La marche est incertaine dans l'obscurité et pendant l'occlusion des yeux. Quelques crises rectales ; ténésme. Douleurs céphaliques : névralgies du trijumeau. Diminution de l'ouïe. Ataxie des mouvements des membres inférieurs et du membre supérieur gauche. Le malade perd ses membres dans son lit ; il fauche en marchant et frappe du talon. Disparition du réflexe rotulien. Mal perforant plantaire à gauche. Atrophie des muscles du membre inférieur droit :

Circonférence de la jambe à 20 centim. au-dessus de la pointe de la malléole interne. *Côté droit* : 26 centim. *Côté gauche* : 26 centim. $1/2$. *Circonférence de la cuisse* à 30 centim. au-dessous de

l'épine iliaque antérieure et supérieure. *Côté droit* : 40 centim. *Côté gauche* : 47 centim.

Genou droit. — Volumineux, déformé. L'examen de cette articulation donne la sensation de sac de noix ; on perçoit en effet, surtout en avant, des indurations de la capsule, des corps étrangers. La tubérosité interne du tibia est irrégulière, mamelonnée. La cuisse forme avec la jambe un angle obtus ouvert en dedans ; légère rotation en dedans et en arrière de la jambe sur la cuisse. Les mouvements latéraux de l'articulation sont très étendus ; c'est une véritable jambe de polichinelle. La circonférence du genou droit est de 44 centim. tandis que celle du genou gauche n'atteint que 35 centim. Le membre inférieur droit présente un raccourcissement notable, d'environ 3 centim.

T..., demandant une amputation de cuisse pour le débarrasser de son genou droit qui lui rend la marche impossible, après quelques hésitations, à cause des symptômes ataxiques, l'opération est décidée. Amputation de cuisse au 1/3 moyen, à grand lambeau externe ; 2 drains, 4 sutures profondes et sutures superficielles au crin de Florence. Pansement au salol : poudre, gaze, ouate, compression. L'état athéromateux des artères avait obligé, pendant l'opération, à faire des ligatures médiales.

Le soir. Hémorrhagie assez abondante qui traverse les pièces du pansement. Les lambeaux ne sont pas distendus. Le suintement s'est fait par le drain interne. Même pansement, compression forte.

Le 3. 1^{er} pansement. Suppression des drains et des sutures profondes. Pansement maintenu par le collodion.

Le 8. 2^e pansement. Suppression des sutures superficielles. Réunion absolue. Toutefois la cicatrice est un peu étalée en dedans, et l'orifice du drain un peu bourgeonnant est touché au naphthol camphré.

Le 20. Réunion absolue. Bonne cicatrice Bon moignon.

15 décembre. Les douleurs fulgurantes ont reparu : Acétanilide, 0,20 centigr. Electrification avec les courants continus.

25 janvier. Bon état général. Bon moignon. T... marche avec un pilon.

Articulation du genou. — Déformée, volumineuse, globuleuse, avec des saillies, des mamelons, sur toute la surface. Les extrémités articulaires sont volumineuses, les condyles fémoraux font saillie, et la tubérosité interne du tibia a l'aspect d'une masse arrondie, irrégulière. En ouvrant l'articulation par une incision courbe à convexité supérieure, dont le sommet répond au cul-de-sac supérieur de la synoviale et les extrémités à la partie inférieure des ligaments latéraux, il s'en écoule environ 150 gr. de liquide citrin, un peu jaunâtre.

Sur la paroi antérieure de l'articulation, on voit la rotule dépourvue en grande partie de son cartilage ; ce qu'il en reste forme de petits mamelons. Ses diamètres sont de 5 centim. 1/2. Tout autour de la rotule se trouvent des nodosités osseuses ou cartilagineuses ; elles se rapprochent en bas et semblent réunir la rotule au plateau tibial. La synoviale est épaissie notablement, infiltrée de sels calcaires.

Les condyles fémoraux sont augmentés de volume, la surface articulaire fémorale a 14 cent. 1/2 d'étendue transversale. Le cartilage diarthrodial a en grande partie disparu, et n'est plus représenté que par des mamelons, de volume et d'étendue variables. Les parties os-

seuses mises à nu sont rouges, les cavités médullaires sont dilatées et remplies de moelle rouge.

Le condyle interne est fortement dévié en dedans, volumineux, déformé, surtout en bas où la surface articulaire, dépourvue de cartilage, est plane, rugueuse, striée en tous sens. La trochlée est élargie. Le condyle externe n'est plus représenté que par ses deux tiers internes qui forment un croissant anguleux ouvert en dehors et dans lequel vient se loger et s'articuler le reste de ce condyle formant un segment osseux en forme de coin, relié à la partie postérieure et externe de l'articulation par des faisceaux fibreux irréguliers.

Le plateau tibial est élargi. La tubérosité interne déformée, un peu creusée en cupule irrégulière, le cartilage diarthrodial n'est plus représenté que par de petits mamelons, la crête est épaissie, augmentée d'étendue. La tubérosité externe est effondrée et forme une cavité profonde et divisée par une crête antéro-postérieure en 2 cavités secondaires, l'externe la plus grande et moins concave.

Dans l'articulation se trouvent de nombreux corps étrangers ; sous forme de plaques, de végétations, de nodosités osseuses ou cartilagineuses, libres, sessiles, ou pédiculées. Sur les ligaments croisés, se trouvent des végétations fibreuses. Sur le ligament postérieur et les ligaments latéraux on voit des échondroses; des corps mobiles arrondis, mamelonnés, reliés par des pédicules fibreux; quelques-uns atteignent le volume d'un œuf de pigeon, et d'autres plus petits ont le volume d'une noisette, d'un pois. Immédiatement au-dessus de la tubérosité interne et relié au ligament latéral interne par des faisceaux fibreux, se trouve une plaque ostéo-cartilagineuse ayant la forme d'un croissant.

Le cartilage semi-lunaire interne a disparu, l'externe renferme des noyaux osseux,

Les tissus périphériques sont épaissis, infiltrés, lardacés.

Le tendon inférieur du muscle demi-membraneux renferme un tractus aplati, dur, de consistance osseuse, et d'une étendue de 10 cent. Il est complètement enchâssé dans le tendon, c'est un os véritable. L'artère poplitée présente des lésions athéromateuses très marquées. La veine est épaissie, indurée.

L'examen histologique des différentes parties de cette articulation nous apparut être intéressant. Après avoir décalcifié par l'acide picrique ou l'acide chromique, les coupes ont été colorées par le picro-carmin.

Synoviale. — Très épaissie, constituée par des faisceaux fibreux à la périphérie; plus en dedans, ces faisceaux limitent des masses de tissu cartilagineux avec augmentation des cellules; sur certaines préparations on voit quelques lamelles osseuses. Les vaisseaux sont nombreux, leurs parois sont épaissies et renferment des granulations calcaires. Près de la surface interne, le tissu conjonctif fasciculé reparait et forme une couche continue, limitant la surface interne. A la surface, une couche de petites cellules arrondies.

Corps étrangers articulaires. — La plupart sont formés de tissu fibro-cartilagineux, les capsules qui avoisinent la surface renferment plusieurs cellules. Sur certaines coupes on voit des cercles formés par des granulations brunes qui paraissent être des cristaux d'hémoglobine. D'autres corps étrangers présentent sur les coupes la constitution suivante : au centre tissu fibreux, espaces médullaires

avec vaisseaux dilatés, et cellules adipeuses; plus en dehors, tissu osseux (lamelles formant des cercles concentriques, ou imbriquées, cellules osseuses, canaux de Havers). A la périphérie, tissu cartilagineux présentant sur presque toutes les préparations l'altération velvétique.

Cartilages semi-lunaires. — A la surface, tissu cartilagineux pur, plus profondément fibro-cartilage, et éléments osseux; granulations calcaires.

Fragment d'un condyle fémoral. — Cavités médullaires dilatées, remplies de cellules rondes, se colorant bien, de cellules graisseuses et de nombreux vaisseaux. Ces lamelles osseuses qui les entourent sont minces.

Tendon inférieur du demi-membraneux. — On voit sur les coupes à la périphérie, le tissu musculaire strié, entourant des faisceaux conjonctifs épais, puis une zone de granulations pigmentaires, enfin au centre un os véritable, formé de lamelles périphériques imbriquées, entourant des systèmes de Havers avec des vaisseaux, des lamelles concentriques et des cellules osseuses.

Sur le conseil de notre maître, M. le Dr Gombault, nous avons cherché si l'on ne pourrait pas trouver dans les *nerfs articulaires*, des lésions qui expliqueraient les lésions de l'arthropathie. Grâce à l'aide de notre externe et ami David, il a été possible de plonger les rameaux articulaires des nerfs crural, sciatique poplitée interne et saphène externe, dans une solution d'acide osmique, au 1/100, immédiatement après l'amputation. Les nerfs ont été ensuite colorés en masse par le picro-carmin et examinés après dissociation ou sur des coupes. D'autres segments des mêmes nerfs ont été traités par la liqueur de Muller, l'alcool, la gomme et l'alcool. L'examen des nombreuses préparations que nous avons faites, nous a donné les résultats suivants : diminution du nombre des fibres à myéline, augmentation des noyaux et du tissu conjonctif, mais pas de fibres en dégénération. Si donc certaines fibres ont disparu, on ne peut dire comment et par quel mécanisme.

L'examen de ces nerfs étant aussi négatif, nous avons examiné les nerfs articulaires de genoux normaux, du moins en apparence (le sujet sur lequel nous avons pris ces nerfs était mort de pneumonie aiguë), et nous n'avons trouvé que les différences que nous signalons plus haut. En somme, et cela confirme les quelques rares examens qui ont été faits des nerfs dans les arthrites tabétiques, les lésions des nerfs périphériques et surtout articulaires sont peu de chose à côté des lésions articulaires.

Les lésions que nous avons décrites dans cette arthropathie du genou, sont évidemment de nature tabétique. Les extrémités articulaires sont, il est vrai, augmentées de volume, mais des lésions destructives y sont évidentes : les condyles fémoraux, le plateau tibial présentent une usure manifeste, les corps étrangers contenus dans l'articulation ou insérés sur les ligaments, le fragment cunéiforme du con-

dyle externe surtout, sont certainement, et pour la plupart, des fragments détachés des extrémités articulaires. L'examen histologique de ces corps étrangers nous paraît confirmer cette hypothèse.

L'ossification que nous avons décrite dans l'extrémité inférieure du tendon du demi-membraneux est une lésion assez rare, et peu observée, dans notre cas il ne s'agit pas d'une simple infiltration calcaire, mais d'une véritable ossification.

Enfin les lésions des nerf articulaires, sont fort peu marquées, et la différence entre les nerfs de cette arthropathie et des nerfs normaux est très faible.

M. JACQUET a examiné les nerfs d'une arthropathie psoriasique, il n'y a trouvé aucune lésion.

Tumeur kystique à tissus multiples de l'ovaire. — Généralisation au mésentère et au grand épiploon. — Ovariectomie. — Mort par choc opératoire, par le Dr GASTON POUPINEL, ancien interne des hôpitaux.

La tumeur que nous avons examinée au laboratoire de l'hôpital Bichat provient d'une malade de la clientèle de M. Terrier, qui a bien voulu nous remettre à son sujet les renseignements cliniques suivants :

M^{me} P. 51 ans, réglée à 13 ans, mariée à 18 ans. 2 enfants, couches bonnes. Pas d'antécédents héréditaires, bonne santé habituelle.

A l'âge de 45 ans, attaque de rhumatisme, on lui signale que sa matrice est volumineuse. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis environ 7 ans, M^{me} P. éprouve une gêne croissante du côté du ventre qui augmente de volume et dans lequel elle sent une grosseur.

Il y a 3 ans, le Professeur Richet consulté diagnostique un fibrome utérin.

Depuis un an le ventre gonfle et devient douloureux ; les digestions sont difficiles, les règles peu abondantes ; la malade maigrit. Dans ces derniers temps (1888), M^{me} P. gardait le lit à cause de ses douleurs abdominales et de sa faiblesse. L'alimentation lactée était à peu près seule supportée, sans vomissements d'ailleurs.

L'exploration du ventre, qui est asymétrique, fait reconnaître l'existence d'une tumeur fluctuante siégeant à l'hypogastre et remontant jusqu'à l'ombilic. A gauche on trouve une tumeur ovoïde surajoutée à la première, longue de 20 centim. sur 15 centim. de largeur, immobilisée dans l'hypocondre et le flanc gauche. Les urines, à peu près

normales, contiennent un peu moins d'urée et un peu d'albumine en quantité indosable.

M. Terrier, pensant être en présence d'un kyste comprenant au moins une poche de grand volume, au côté gauche de laquelle venait se surajouter, peut-être récemment, une tumeur solide, pratiqua la laparotomie le 4 novembre 1888, et enleva la tumeur dont nous rapportons plus loin l'examen. La tumeur avait contracté des adhérences très intimes avec le grand épiploon, le mésentère et une anse intestinale. Ces adhérences, dues à la propagation du néoplasme, rattachaient la partie solide de la tumeur aux organes voisins, elles obligèrent l'opérateur à pratiquer une opération incomplète et à laisser dans l'abdomen toutes les portions du péritoine infiltrées du cancer.

On put pendant l'opération constater l'apparence saine de l'estomac.

L'opérée mourut du choc opératoire environ 12 heures après l'opération.

L'autopsie ne put être pratiquée.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE, par le Dr G. Poupinel.

La pièce est composée d'une grande cavité kystique, contenant près de 4 litres de mastic crémeux et une boule grosse comme un œuf de poule constituée par des poils châains feutrés, et d'une portion solide, bosselée, irrégulière, ayant contracté des adhérences avec le grand épiploon et s'étant fusionnée avec le mésentère et une anse intestinale. La cavité kystique présente une face interne lisse, de couleur variable, presque partout blanchâtre, ailleurs rouge violacé (couleur de la muqueuse intestinale injectée), et sur laquelle sont implantés de nombreux poils, irrégulièrement disséminés sur sa surface. Deux points de cette surface, distants de 7-8 centim. environ sont réunis par une espèce de bride charnue de la grosseur du pouce environ, d'aspect sarcomateux et dans laquelle on sent quelques petites masses osseuses en forme d'aiguille. La masse solide, qui fait corps avec le kyste, est constituée d'un tissu friable, gris rosé; à sa surface externe existent deux petits kystes transparents.

La trompe, qui a été enlevée en même temps que la tumeur ovarique, présente le volume du petit doigt; quelques petits kystes transparents sont développés dans les franges du pavillon.

L'examen histologique, pratiqué sur des fragments variés de la tumeur, nous fait constater les particularités suivantes. La paroi de la grande cavité kystique présente la structure de la peau avec ses glandes sébacées, ses poils, son pannicule adipeux. Les portions solides avoisinantes contiennent du tissu osseux (canaux de Havers, corpuscules osseux) et du tissu musculaire (fibres musculaires lisses groupées en faisceaux). On observe aussi non loin de la cavité dermoïde des groupes de petites cavités kystiques remplies de substance colloïde et dont l'épithélium de revêtement a en totalité subi la transformation muqueuse. L'aspect de ces groupes de petits kystes est absolument identique à celui représenté par la figure 5 que nous avons annexée à notre mémoire sur les tumeurs mixtes de l'ovaire (voir *Archives de physiologie*, 15 mai 1887, pl. 12, fig. 5).

Mais la moyenne partie de la portion solide de la tumeur présente l'aspect du cancer épithélial, en dégénérescence colloïde. Sur une même préparation, par conséquent en des points très voisins les uns

des autres, on peut voir réunis les divers types de l'épithélioma pavimenteux ; épithélioma pavimenteux tubulé, lobulé muqueux et corné ; épithélioma pavimenteux diffus ; carcinome épithélial. La dégénérescence colloïde qui s'observe dans toute la masse solide, atteint exclusivement les cellules épithéliales, qu'elles soient disposées en tubes glandulaires, en lobules ou qu'elles affectent la disposition du carcinome.

Cette pièce nous paraît extrêmement intéressante à cause de sa complexité de texture. L'histoire clinique de l'opérée, les constatations faites au cours de l'opération, l'issue de celle-ci, fatale à brève échéance, les résultats de l'examen histologique, mettent bien en évidence la malignité de ce genre de tumeurs.

Malheureusement l'absence d'autopsie ne nous permet pas de savoir si la généralisation du néoplasme s'est faite autrement que par contact de la tumeur avec les organes voisins et si les tumeurs secondaires présentaient partiellement ou en totalité les mêmes caractères que la tumeur primitive.

La multiplicité des tissus rencontrés dans cette tumeur et la variété de disposition de son principal élément constitutif, l'élément épithélial, nous semblent mériter d'être mentionnées dans le titre à donner à cette communication. Aussi préférons-nous substituer au terme tumeur mixte ou muco-dermoïde, la dénomination suivante peut-être un peu longue, mais complète et précise :

Tumeur kystique de l'ovaire, à tissus multiples avec prédominance de l'élément épithélial, dans laquelle la disposition habituelle de l'élément épithélial suivant le type des kystes dermoïdes et mucoïdes est associée à la disposition disséminée, infiltrée de l'épithélioma lobulé, diffus et carcinoïde.

Fracture de l'épicondyle et arthrite sèche, par M. LYOT,
interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.

La pièce que nous présentons est une fracture de l'épicondyle à la suite de laquelle se sont développées les lésions de l'arthrite sèche. Elle provient d'un cadavre de l'École pratique sur lequel le coude déformé, élargi dans son diamètre transversal ne présentait que des mouvements très limités, intermédiaires à l'extension complète et à l'angle droit. Le trait de fracture a détaché tout le condyle de l'épitrochlée et les surfaces de fracture se sont revêtues d'un cartilage villex. Le condyle est resté en rapport avec la cupule radiale tandis que le

cubitus a tourné en dedans, le bord externe de l'olécrane regardant en avant.

Une échancrure s'est creusée dans la trochlée pour recevoir le bec de l'apophyse coronoïde. Toutes les surfaces articulaires sont d'ailleurs le siège de déformations et sont augmentées de volume.

Ce sujet présente donc deux ordres de lésions intéressantes : d'une part une fracture complète de l'épicondyle, d'autre part une arthrite sèche qui a eu pour cause déterminante le traumatisme. L'homme qui les portait était âgé d'environ 50 ans et ses autres articulations bien que saines avaient une synoviale épaisse et un cartilage d'encroûtement débordant la limite normale.

Il avait un kyste du jarret développé aux dépens de la bourse séreuse du poplité, ne communiquant pas avec l'articulation et descendant entre les jumeaux jusqu'au milieu du mollet.

Épithélioma du col utérin. — Envahissement de la paroi vésico-vaginale ; fistule, par E. POTHERAT, prosecteur de la Faculté :

Ces pièces proviennent d'une femme de 39 ans ayant succombé aux cours d'un épithélioma du col utérin. Cette pièce montre que l'épithélioma avait envahi :

1° La paroi vésico-vaginale qui était largement perforée, de sorte qu'au fond du vagin se trouve un cloaque vésico-vaginal, recouvert de végétations cancéreuses. La dégénérescence s'est étendue sur la paroi inférieure de la vessie, mais elle a laissé les uretères perméables. Toutefois tandis que l'orifice de l'uretère gauche est relativement sain, celui du côté droit est entouré d'un gros bourgeon épithéliomateux. Ces uretères ne présentent pas de lésion sur leur trajet ; ils sont seulement légèrement dilatés.

2° Le cul-de-sac antérieur du vagin était envahi, et il est facile de voir qu'il était tout près de se rompre lorsque la malade a succombé. Cette femme n'était pas cachectisée, elle est morte avec un œdème étendu à tout le corps, bien explicable par l'état de ses reins qui tous deux se présentaient sous l'aspect du gros rein blanc.

Ce qui est surtout digne de remarque dans l'examen de ces pièces, c'est l'état d'intégrité absolue au point de vue de la dégénérescence cancéreuse du corps de cet utérus, aussi bien de sa muqueuse que de son stroma, et l'intégrité des ligaments larges qui ne présentent pour toutes lésions que l'augmentation de volume des 2 trompes avec un kyste ovaro-salpingien à droite et quelques adhérences péritonéales filamenteuses. Le rectum n'était nullement atteint par l'envahissement néoplasique qui s'était porté seulement vers la vessie.

Toutes les parties circonvoisines de l'utérus et de ses annexes présentent un développement remarquable de tissu graisseux tel qu'on l'observe autour des organes de l'appareil génito-urinaire dans les affections anciennes de ces organes.

Pendant les derniers temps de sa vie, la malade a présenté des phénomènes en rapport avec ces lésions ; elle était atteinte de l'œdème

généralisé déjà signalé, et ne rendait que très peu d'urines qui d'ailleurs passaient toutes par le vagin.

Cystocèle inguinale. — Cure radicale, par H. DELAGÉ-NIÈRE, interne des hôpitaux.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter, provient d'un malade du service de M. Monod, à l'hôpital St-Antoine. Ce malade a subi la cure radicale pour une hernie inguinale gauche le 10 janvier 1889 et est mort le 25 janvier d'accidents cérébraux à marche rapide.

Les cas de cystocèles inguinales opérées sont rares, c'est ainsi que dans la série de 120 cures radicales de hernies par M. Lucas-Championnière la vessie n'a été rencontrée que deux fois.

Ces deux malades, que j'ai eu la bonne fortune d'observer pendant que j'étais interne dans le service, n'avaient présenté aucun symptôme qui ait pu mettre sur la voie du diagnostic. Les deux fois en effet on avait trouvé l'anneau inguinal dilaté et avec le doigt on sentait l'impulsion classique. La paroi de la hernie représentée par la vessie était molle, et avait été prise pour une épiplocèle. Pendant l'opération même le diagnostic n'a pu être fait que lorsque la vessie fut ouverte. Les deux fois la tumeur trouvée sous la peau et indépendante du sac était une sorte de boule grasseuse.

Dans le cas présent le diagnostic a été soupçonné plutôt qu'affirmé aux symptômes suivants : Phénomènes de cystite, état pâteux et presque rénitent de la tumeur, groupement des éléments du cordon entre eux au-dessous d'elle, et douleur vive. Ce dernier symptôme était le seul qui fût frappant chez les deux malades de M. Lucas-Championnière. Un fait négatif, la non distension de la tumeur quand on injectait jusqu'à 550 gr. d'eau boriquée dans la vessie, nous avait ébranlés dans notre affirmation.

Pendant l'opération M. Monod rencontre la même masse grasseuse que chez les malades de M. Championnière et avec cette masse grasseuse, la même difficulté pour reconnaître la vessie, et d'autant plus que là encore, en injectant de l'eau boriquée la tumeur ne se distend pas. Ce n'est qu'après avoir largement débridé l'anneau, que M. Monod peut se rendre compte que la tumeur observée fait partie de la vessie. A ce moment en effet la distension se communique à la tumeur, et le toucher ne laisse plus aucun doute.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — La vessie a été incisée sur la ligne médiane et sur la face antérieure. Son aspect général paraît normal, bien que ses parois soient un peu plus épaissies que d'habitude. La

prostate et la muqueuse ne présentent aucune altération. Par sa face externe elle est partout entourée d'une couche graisseuse assez épaisse. Cette couche présente un développement très considérable au niveau de l'angle latéral gauche de la pièce. On peut même sentir en ce point une sorte de tumeur plus grosse qu'un œuf de poule.

Une coupe transversale faite au travers de cette tumeur permet de voir qu'elle est constituée par un lipome au milieu duquel on trouve quelques extravasations sanguines qui résultent des manipulations faites pendant l'opération. En outre en passant le doigt sur cette tumeur à sa périphérie, on peut trouver 2 fils de catgut qui ont été placés sur des vaisseaux. Cette tumeur était donc bien celle qui se présentait dans le pli de l'aîne. D'ailleurs on peut voir plus en dehors une portion de la paroi abdominale, répondant à la ligne de réunion de la plaie opératoire et montrant en arrière la séreuse péritonéale parfaitement fermée, et en dedans et en avant la cicatrice s'étendant de la peau jusqu'à la tumeur.

Je ferai encore observer qu'en remettant les choses en place, le lipome coiffe l'angle vesical à la manière d'un chapeau de gendarme, et qu'à sa partie moyenne répond une légère dépression de la vessie.

1° La tumeur observée dans le pli de l'aîne était constituée par le lipome et son diverticule vésical.

2° La portion de vessie située au centre de la tumeur graisseuse était en quelque sorte immobilisée par elle, ce qui permet d'expliquer l'absence de distension de la tumeur quand on remplissait la vessie.

3° La tumeur et la vessie herniées étaient extra-péritonéales et par conséquent n'avaient pas de sac. J'insisterai tout particulièrement sur cette absence de sac pour reconnaître pendant l'opération la vessie herniée. Chez les deux malades de M. Championnière il existait une hernie en dehors de la cystocèle ce qui avait rendu le diagnostic plus difficile encore.

Artério-sclérose et néphrite interstitielle ancienne. — Adéno-épithélioma du rein gauche. — Adénomes intestinaux et lésions de gastro-entérite, par J. GIRODE, Médaille d'or des hôpitaux (1).

B. Vinc..., 67 ans, journalier, entre le 1^{er} août 1888 à l'hôpital de la Pitié, salle Serre, lit n° 12, service de M. le professeur Brouardel. D'une bonne santé habituelle et d'une bonne hygiène, le malade n'avait seulement dans les dernières années quelques troubles fonctionnels en rapport avec l'artério-sclérose, et se faisait soigner en

1) J'aurai l'honneur de revenir ultérieurement plus en détail sur cette observation intéressante à plus d'un titre.

avril 1888 dans le service de M. le professeur Jaccoud pour une affection thoracique qui fut diagnostiquée : bronchite albuminurique.

En juillet, retour de grand malaise, œdème inférieur envahissant : le malade est admis de nouveau à l'hôpital.

Etat actuel. — Anasarque. Depression des forces. Urines, 1 litre à 1 litre 1/4 par jour, couleur citron, un peu troubles, extrêmement albumineuses, histologiquement hématuriques, très facilement fermentescibles.

L'hypochondre et le flanc gauche sont occupés par une tumeur volumineuse qui semble se dégager de dessous le rebord costal comme le ferait une rate hypertrophiée et en suivant la même direction. Contact immédiat avec la paroi. Matité. Immobilité absolue. Extrémité inférieure arrondie, non tranchante. Sensibilité dans les explorations.

Hypertrophie du cœur et bruit de galop. Quelques crises de vomissements et de diarrhée à caractère urémique.

Depuis le moment de son entrée jusqu'à sa mort (10 novembre), le malade s'achemine lentement vers la cachexie.

Le seul incident est une phase unique d'hématurie assez grave survenue sans cause occasionnelle, et ayant duré du 10 au 16 octobre. La tumeur s'accroît progressivement, le ventre se tuméfie, il apparaît un peu d'ascite. Le malade s'éteint dans un état demi-comateux avec oligurie, refroidissement, respiration de Cheyne-Stokes.

Autopsie. — La tumeur, qui occupe le rein gauche, adhère de tous côtés aux organes voisins, surtout au diaphragme. Dans sa partie supéro-externe, grand kyste hémorrhagique contenant plus de 600 gr. de sang. La néoplasie est molle et présente l'aspect du cancer encéphaloïde.

Il reste une portion de tissu rénal très reconnaissable, d'apparence un peu lardacée, ne présentant pas cependant la réaction histo-chimique de la dégénérescence amyloïde.

Vaisseaux du rein gauche et urètre libres et normaux. Le rein droit est augmenté de volume, dur, parsemé de kystes du volume d'un pois à une petite noix, se décortiquant mal. La substance labyrinthique est relativement peu épaisse et de teinte brune.

Quelques ganglions un peu augmentés de volume au voisinage du rein cancéreux, sans dégénération apparente.

Plusieurs adénomes à l'origine du jéjunum. Petits mamelons de la muqueuse gastrique, durs, avec des vaisseaux thrombosés à leur niveau.

Examen histologique. — La zone d'envahissement du néoplasme, partant séparée du tissu rénal voisin par une barrière fibroïde ou embryonnaire, montre des boyaux épithéliaux pleins, plus larges que les tubes contournés mais décrivant des sinuosités très analogues ; ce sont des agglomérats de cellules cubiques en voie de division active. Les parties plus anciennes de la tumeur montrent simplement des amas épithéliaux irréguliers rappelant l'épithélioma alvéolaire ; un peu plus loin, les masses cellulaires tendent à devenir diffuses. Dans les points les plus vieillis, grand nombre de foyers hémorrhagiques, et dégénérescence colloïde avancée. La portion restante de rein, et le rein opposé offrent les lésions de la néphrite artérielle.

Le système péri-artériel des muscles lisses de Henle-Jardet pré-

sente ici un développement tout à fait remarquable. Nulle part les ganglions lymphatiques ne montrent du cancer au microscope. Myocardite scléreuse commençante surtout des piliers principaux à gauche, partant de l'endocard épaissi. Artérite des coronaires qui sont tout à fait sinueuses, indurées, dilatées par points, fortement rétrécies sur d'autres.

M. TUFFIER fait remarquer que dans ce cas comme dans la généralité des grosses tumeurs du rein, il n'y avait pas de sonorité en avant, les grosses tumeurs se mettant en contact avec la paroi abdominale.

Hernie para-inguinale étranglée. — Mort. — Autopsie.

Par A. CHIPAULT, interne des hôpitaux.

B. Etienne, 69 ans, arrive le 21 décembre 1888 au soir à l'hôpital Cochin, avec des phénomènes graves d'étranglement (vomissements fécaloïdes, pas de matières, pas de gaz rendus par l'anus, refroidissement des extrémités, subdélire). Le début des accidents remonte à cinq jours et ils se sont accentués peu à peu.

Dans la région inguinale droite, je constate : l'orifice inguinal libre et pénétrable au doigt ; en dehors et au-dessus une masse de la grosseur du poing, extrêmement douloureuse au toucher, mate, irréductible par une pression modérée. Elle paraît très superficielle et les couches sus-jacentes sont mobiles sur elle.

Cette tumeur, au dire de l'entourage du malade, date de cinq ans : son début a été graduel ; elle n'est irréductible que depuis environ un an : c'est la première fois qu'elle est douloureuse et détermine des accidents.

La santé du sujet a toujours été bonne, et je ne relève rien d'intéressant dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

Une intervention chirurgicale est de suite décidée par mon maître M. le Dr Théophile Anger, sans qu'aucune tentative de taxis, même modéré, ait été faite soit à l'hôpital soit en ville.

Après incision de la peau et de la couche sous-cutanée, incision longue de 7 centimètres, je tombe sur la tumeur, très superficielle, enveloppée d'un sac fibreux formant un véritable collet à son insertion à la paroi, et se continuant là avec l'aponévrose antérieure du grand oblique. L'orifice inguinal externe est libre et le cordon, qui apparaît à la partie interne de l'incision, y pénètre ; le pédicule de la tumeur se trouve à 1 centimètre en dehors et au-dessus de cet orifice inguinal.

J'incise le sac et je tombe sur une masse grasseuse indépendante partout du sac, même au niveau du collet, dont on voit alors l'extrémité étroitesse. L'orifice est élargi avec la sonde cannelée et le doigt introduit dans l'abdomen décolle avec la plus grande facilité et circulairement à la face profonde de la paroi un feuillet qui me paraît être péritoine doublé d'une couche grasseuse épaisse.

Tractions sur la masse herniaire. Section avec précaution du pédicule. Il ne s'écoule pas une goutte de sang ; l'examen de la portion

enlevée montre qu'elle est formée d'une couche lipomateuse périphérique, en forme de poire, et d'un petit cul-de-sac central vide qui paraît bien formé par la section d'un diverticule péritonéal vide situé au centre de la tumeur.

La section terminée, le pédicule se rétracte et les parties superficielles sont suturées. Drain. Pansement antiseptique.

L'opération a duré vingt minutes.

22 décembre. 36° 8, 37° 2. Très mauvais état général. Abattement considérable. Le malade a été en diarrhée 7 ou 8 fois depuis minuit, heure de l'opération.

Le 23. 36° 5, 37° 2. Diarrhée.

Le 24. 36° 5, 37°.

Le 25. Mort à midi.

L'AUTOPSIE, pratiquée le surlendemain, n'a pu être que partielle. Elle a donné les résultats suivants.

Un large fragment de paroi abdominale, comprenant toute la région inguinale droite est disséqué. Du côté du péritoine, on voit : l'orifice inguinal externe indiqué par une dépression péritonéale profonde de 1/2 cent. environ, par cet orifice, en décollant le péritoine, on voit pénétrer les éléments du cordon : l'a. épigastrique normale, monte au côté interne de l'orifice.

Plus haut et plus en dehors, le péritoine a été sectionné à peu près circulairement sur toute la surface ainsi dénudée, la graisse sous-péritonéale se montre ; elle disparaît à son tour au niveau d'un orifice pariétal rasant le bord inférieur de la section péritonéale. Cet orifice, séparé de l'orifice inguinal interne par quelques travées fibreuses, est situé juste au-dessus de lui à 2 ou 3 millim. L'a. épigastrique passe le long de l'orifice anormal, en dedans.

Un stylet introduit par le trajet inguinal ; un autre par l'orifice anormal sont séparés l'un de l'autre par une lame fibreuse assez épaisse ; le premier vient sortir avec le cordon par l'orifice inguinal interne, le second, par l'orifice qui avait donné issue à la hernie.

L'examen de la région inguinale du côté opposé n'a montré aucune anomalie du canal inguinal.

L'intestin vide sur toute sa longueur était en parfait état.

Pas de péritonite.

L'examen des organes thoraciques et du cerveau n'a pu être fait.

Il nous semble avoir été ici en présence d'un cas d'anomalie du canal inguinal, tel que ceux signalés par notre excellent maître M. le Dr Tuffier.

L'un des cas signalés par lui, celui qui se rapproche le plus du nôtre par le trajet du canal anormal, et le seul où une hernie ait pénétré par le canal anormal, n'a été observé que sur le vivant.

L'existence chez notre malade d'un conduit superposé au conduit inguinal habituel, indépendant de lui, situé plus normalement par rapport à la paroi, est déjà intéressante.

De plus, ce conduit accessoire était unilatéral.

Chez notre opéré, nous n'avons trouvé dans la tumeur mate et irréductible que de la graisse avec un diverticule péritonéal central. Quelle a été la cause des phénomènes d'étranglement observés? Aucune tentative de taxis, n'a été faite avant l'opération, aucune autre cause d'étranglement n'a été trouvée à l'autopsie, et d'ailleurs les accidents d'obstruction ont disparu dès l'opération. Il est encore possible que la minime partie d'intestin étranglé se soit réduite sous le chloroforme, sans que son petit volume ait permis d'apprécier sa présence dans la tumeur, et sa réduction.

Nous rappellerons encore l'adhérence certaine et très nette du lipome préherniaire extirpé au péritoine. Ce lipome était en continuité avec la masse graisseuse sous-péritonéale. Son tiraillement a déterminé la formation d'un cul-de-sac péritonéal qui fut sectionné, et si l'on veut admettre que ce cul-de-sac préexistait à la traction, il faut au moins supposer qu'elle l'avait augmenté, puisque nous avons trouvé le péritoine sectionné tout autour et très loin de l'orifice au niveau duquel le pédicule avait été coupé.

M. TUFFIER, remarque que cette hernie s'était formée à travers un canal inguinal accessoire tel qu'il en a décrit. Quant à l'absence d'intestin dans l'anneau, elle s'explique par la réduction spontanée qui a dû se produire pendant la chloroformisation.

Calcul salivaire.

M. PILLIET présente un calcul de la glande sous-maxillaire avec examen histologique de la glande; il y avait atrophie scléreuse et retour des cellules à l'état indifférent, M. Pilliet fait remarquer que ce type de lésion diffère de l'atrophie simple que produit la ligature aseptique du canal excréteur. La cirrhose épithéliale reconnaît presque toujours une cause infectieuse.

FÉVRIER

Séance du 1^{er} février 1889.

PRÉSIDENTE DE M. LETULLE

Néphrorraphie expérimentale, par M. TUFFIER.

J'ai eu l'occasion de vous montrer dans la dernière séance du mois de décembre 1888, une série de néphrorraphies expérimentales dont le compte rendu de vos bulletins a omis la publication.

Ces pièces que je vous ai montrées ont trait à deux nouveaux modes de néphrorraphie. Le 1^{er} consiste à placer le rein derrière l'aponévrose du transverse, que l'on réunit au devant du rein. Vous avez pu voir que le résultat obtenu était parfait aussi bien au point de vue fonctionnel qu'au point de vue de la solidité des adhérences. Le rein emprisonné dans sa nouvelle capsule fonctionne normalement, il m'a suffi pour le prouver, de faire la néphrectomie du rein du côté opposé; l'animal a vécu sans le moindre accident avec son rein unique fixé derrière l'aponévrose.

Le second procédé est basé sur la physiologie pathologique de la capsule du rein. Cette capsule empêche le rein d'adhérer à la surface cruentée. Vous avez pu voir qu'en la supprimant j'ai pu obtenir des adhérences absolument intimes dans tous les points et dans les seuls points où je l'ai détachée de la surface du rein.

**Sur un point de l'anatomie du premier cunéiforme, par
HARTMANN ET MORDRET.**

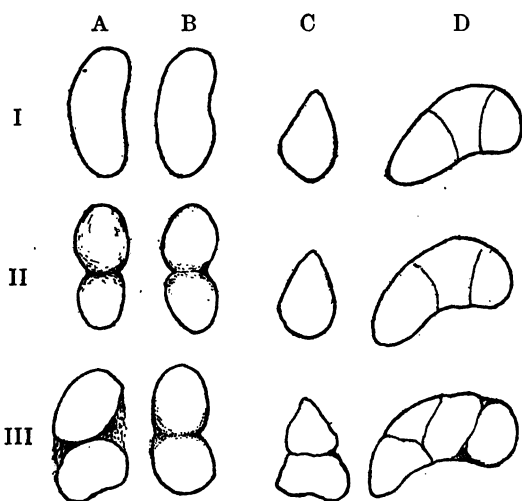
Les pièces, que nous avons l'honneur de présenter à la Société anatomique, ont trait à un petit point, peu connu, croyons-nous, de l'anatomie du squelette du pied. L'an dernier, en répétant l'opération de Lisfranc, nous avons été frappés de l'apparence tout à fait spéciale que présentait dans un grand nombre de cas la face antérieure du premier ou grand cunéiforme, dont la partie articulaire était séparée en deux soit par un simple étranglement, soit par un sillon transversal complet, quelquefois même il nous est arrivé de trouver l'os entier séparé en deux osselets superposés. Nous avons entrepris alors quelques recherches sur ce point et c'est le résultat de l'examen de 300 pieds que nous vous apportons aujourd'hui.

Le premier ou grand cunéiforme a, dit-on, une face postérieure unie, triangulaire et concave; une face antérieure plus grande, demi-circulaire et convexe. Cela est vrai dans un certain nombre de cas; mais, le plus souvent, on constate déjà un léger étranglement de la facette articulaire antérieure du premier cunéiforme, qui est manifestement rétrécie au niveau de la partie moyenne de sa hauteur. Un degré de plus dans la déformation, et l'on voit (20 pour 100 des cas) la facette antérieure du cunéiforme nettement séparée en deux par un sillon large à ses extrémités, très mince à sa partie moyenne où il semble comme tracé avec une aiguille. Sur ce sillon nous avons fréquemment constaté l'insertion d'une mince toile celluleuse qui se rendait peut-être à la partie moyenne du premier métatarsien, mais que nous n'avons jamais pu observer dans sa totalité ayant fait nos constatations sur les sujets des cours de médecine opératoire, après désarticulation du premier métatarsien.

A ce degré, la déformation est encore limitée à la facette articulaire antérieure et la facette postérieure présente la disposition décrite comme normale.

Cette facette postérieure n'offre en effet de modifications que dans les cas où la séparation du cunéiforme existe dans toute son épaisseur où l'on a deux petits os superposés (2 pour 100 des cas). Elle est alors constituée par la réunion de deux facettes, se réunissant pour former un angle obtus,

ouvert en arrière ; la facette supérieure est triangulaire à sommet supérieur, à angles mousses. La facette inférieure affecte au contraire la forme d'un quadrilatère irrégulier. Dans ces cas les deux petits osselets qui, par leur réunion, constituent le premier cunéiforme, sont articulés suivant le type des arthrodies. Ils présentent chacun pour celle-ci une surface cartilagineuse presque plane ; cette surface occupe d'avant en arrière toute l'épaisseur du cunéiforme ; elle ne laisse libre qu'un petit espace situé à la partie antérieure et externe.



A. Face antérieure du premier cunéiforme. — B. Face postérieure du premier métatarsien. — C. Face postérieure du premier cunéiforme. — D. Face antérieure du scaphoïde.

Rangée I os normaux ; II étranglement de la face antérieure du cunéiforme ; III séparation totale en deux osselets.

En ce point s'insère un fort ligament interosseux qui relie les deux osselets. L'articulation est complétée par des ligaments internes et externes.

Ces variations dans la configuration du premier cunéiforme entraînent des variations de même ordre du côté du premier métatarsien et du scaphoïde, ces dernières n'existant que

dans les rares cas où, la séparation du premier cunéiforme étant complète, la facette postérieure n'offre plus la disposition normale.

La facette articulaire postérieure du premier métatarsien s'étrangle en une sorte de 8 de chiffre ; mais la partie moyenne de cet étranglement, celle qui correspond à la partie moyenne très fine du sillon de la face antérieure du premier cunéiforme est surélevée pour constituer une petite crête toujours très minime et sans importance pour la médecine opératoire.

Le scaphoïde, dans les cas où la séparation du premier cunéiforme en deux osselets est complète, offre une disposition spéciale de sa face antérieure. Au lieu d'être divisée comme normalement en 3 facettes articulaires, répondant aux 3 cunéiformes, elle est divisée en 4 facettes, la facette interne s'étant divisée en deux parties par une petite crête qui s'engage dans l'angle rentrant que forment les deux petits osselets (1^{er} cunéiforme).

Telles sont les diverses particularités sur lesquelles nous désirions attirer l'attention. Un dernier point à noter est que toujours ces variations dans la disposition du premier cunéiforme ont été symétriques.

Nous n'avons pas trouvé ces dispositions décrites dans les quelques traités classiques d'anatomie, français, anglais ou allemands, que nous avons consultés. Elles ont cependant été notées par quelques observateurs. Chauvel et Paulet nous disent que Delmas, Friedlowsky et Le Dentu ont vu le grand cunéiforme remplacé par deux osselets unis par une arthrodie (1). Nous n'avons pu trouver que le texte de M. Le Dentu (2) ; celui-ci admet, pour expliquer le fait, que le cunéiforme se développe par deux points d'ossification qui ne se réunissent qu'à 4 ans.

La même idée nous était venue. Nous devons dire, à regret, que les quelques cunéiformes que nous avons pu examiner ne présentaient qu'un point d'ossification ; une seule fois nous avons trouvé ce point manifestement étranglé à sa partie moyenne, ayant la forme d'une haltère, si bien qu'on pouvait croire à la réunion de deux points primitivement parés et venant de se rejoindre.

(1) In *Art. PIED. Dict. encycl. des sc. méd.*, 2^e série, t. XXV, p. 16.

(2) *Anomalie du squelette du pied ; cunéiforme supplémentaire*, in *Bull. et la Soc. anatom.*, Paris, 1869, p. 13 et p. 546.

Le peu que nous savons d'anatomie comparée nous a bien montré des premiers cunéiformes séparés, déformés, mais il s'agissait, dans ces cas, de séparation dans le sens vertical, sans rapport avec celles que nous venons d'étudier.

Kyste muqueux intra-musculaire. — Ablation du muscle, par M. BUSCARLET, interne des hôpitaux.

Un homme âgé de 59 ans, vit se développer il y a 5 ans, à la partie supérieure de la jambe gauche, une tumeur grosse comme une noix, assez douloureuse; en même temps sa jambe devenait de plus en plus faible.

Dans ses antécédents, on pouvait noter des accès de fièvres intermittentes il y a 30 ans; une fièvre typhoïde il y a 13 ans; et depuis de longues années une bronchite chronique avec dilatation des bronches.

Insensiblement la tumeur a grossi, la gêne de la marche s'est accentuée, et a nécessité l'entrée du malade à l'hôpital Tenon, dans le service de notre maître, M. le Dr Reclus.

A l'examen du malade, dans la région antérieure de la jambe, on trouvait une tumeur allongée verticalement, s'étendant du tubercule du jambier antérieur jusqu'à 15 centim. au-dessous, et latéralement de la crête tibiale au péroné. Elle formait une saillie sous la peau qui ne présentait ni altération à son niveau, ni adhérences avec elle. Elle faisait corps avec le muscle, et se mouvait seulement avec lui. Douloureuse à la pression, cette tumeur était molle, se laissait facilement déprimer, elle était faussement fluctuante.

Sa consistance est celle d'un lipome.

Les mouvements de flexion du pied sur la jambe existaient, mais gênés, et le malade était rapidement fatigué; cependant il n'y avait pas de claudication.

L'état général était excellent, il n'existait ni adénites inguinales ni aucune autre tumeur sur le corps. Malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, le malade fut soumis à un traitement spécifique qui n'a donné aucune amélioration.

Le diagnostic étant des plus obscurs, on fit une ponction avec la seringue de Pravaz, elle ne retira que quelques gouttelettes d'une substance gélatineuse jaune clair, trop compacte pour passer par l'aiguille. Au microscope on n'y trouva pas de crochets.

Le 18 décembre 1888, M. Reclus fit une grande incision suivant l'axe de la tumeur; l'aponévrose du jambier ayant été mise à nu, il découvrit le corps charnu de ce muscle; une mince couche de fibres musculaires était à peine incisée qu'on vit sourdre de l'intérieur du muscle une quantité considérable de substance gélatineuse. On dut désinsérer entièrement le muscle, de haut en bas, et sectionner au niveau du tendon. Les muscles voisins comprimés par la tumeur étaient sains.

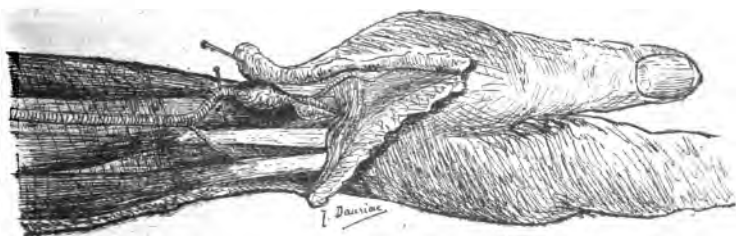
Un pansement compressif fut appliqué, et, le 18^e jour, quand on l'enlève, tout était réuni, le malade se levait.

Description de la tumeur. — C'est un kyste allongé, situé en plein muscle, anfractueux, envoyant des cavités secondaires en doigt de gant dans divers sens, cloisonné incomplètement en plusieurs points. Il est formé d'une *paroi fibreuse* intimement adhérente aux fibres musculaires, sur toute sa périphérie, lisse en dedans. Le *contenu* est un liquide visqueux, gélatineux, jaunâtre; l'examen chimique a démontré qu'il était entièrement composé de mucine. L'*examen microscopique* que MM. les Drs Brault et Letulle ont eu l'obligeance de vérifier a démontré que la *paroi* était bien exclusivement formée de tissu fibreux, et que le muscle ne présentait que les lésions de sclérose interstitielle qu'on rencontre au voisinage de toutes les tumeurs. Quant au *liquide*, il ne contient ni crochets, ni rien de particulier, c'est de la mucine. Il s'agissait donc d'un *kyste muqueux* développé dans l'intérieur d'un muscle dont il avait fini par occuper toute la loge, ne laissant autour de lui qu'une mince couche de fibres musculaires.

Kyste synovial du poignet, engainant l'artère radiale,
par le Dr LEJARS, professeur à la Faculté.

Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années, servant aux dissections de l'Ecole pratique.

Au poignet droit, on trouve, à la partie antéro-externe, entre les tendons du grand palmaire et au long abducteur du pouce, un kyste gros comme le doigt, allongé, et remontant le long de l'artère radiale, qu'il engaine étroitement sur une hauteur de 3 cent. environ. La petite tumeur est formée de deux segments : le supérieur, ovoïde, est



finement lobulé à sa surface, fait le tour complet de l'artère, à laquelle l'unit un tissu cellulaire très dense ; le segment inférieur est rattaché au précédent par un prolongement tubulé, un peu rétréci : il émerge, son extrémité inférieure du ligament antérieur de l'articulation. C'est à la partie supéro-externe de ce ligament, immédiatement au

devant de la base de l'apophyse styloïde radiale, que le pédicule kystique, devenu fort étroit, plonge à travers un interstice fibreux de ce ligament ; sa continuité avec la synoviale est donc facile à vérifier. Le contenu du kyste est un liquide transparent, épais, et filant. Sur le pourtour du poignet droit, et sur le poignet gauche, on ne trouve aucune trace de kyste semblable.

L'intérêt de ce kyste synovial réside surtout dans son rapport étroit avec l'artère radiale ; des faits du même genre ont été présentés à la Société anatomique (Tuffier, Chaput) ; ces kystes *péri-artériels* offrent un danger tout spécial à l'intervention opératoire. Il faut ajouter que le kyste procédait manifestement d'une hernie de la synoviale, et que son point d'émergence peut être considéré comme l'un des *points faibles* de la gaine ligamenteuse du poignet ; il est très fréquent de démontrer, à ce niveau, entre les fibres dissociées, un petit prolongement en cul-de-sac de la synoviale, qui représente un kyste en miniature.

M. TUFFIER. — J'ai présenté un cas exactement semblable à la société, il y a trois ans : le kyste engainait complètement l'artère radiale. J'ai eu, depuis cette époque, l'occasion d'opérer un de ces kystes qui était devenu très douloureux ; je trouvai l'artère radiale entourée par le kyste et je dus la lier. Le malade guérit.

M. POIRIER. — Comme le rappelle M. Lejars, j'ai présenté, il y a trois ans, à la Société anatomique quelques articulations du poignet injectées au suif, et sur lesquelles on pouvait voir, en des points parfaitement déterminés, des hernies plus ou moins accentuées de la synoviale. J'avais alors injecté cent synoviales du poignet et sur toutes j'avais remarqué que l'injection poussée avec une force modérée dessinait les culs-de-sac synoviaux en des points toujours identiques. Ayant fait alors plusieurs autopsies de ganglions du poignet, je reconnus que toujours ces ganglions se perdaient par leur sommet dans l'articulation, en des points qui étaient précisément ceux où les injections avaient démontré un cul-de-sac normal de la synoviale, par suite de la faiblesse ou de l'absence de revêtement ligamenteux en ces points. Je me rattachai résolument à l'ancienne théorie qui voyait dans les ganglions du poignet de véritables hernies articulaires ; alléguant comme principale raison : que ces ganglions ont

toujours leur pédicule au niveau même d'un point faible de l'articulation, *véritables lieux d'élection pour le ganglion*. Or, l'un de ces points siège précisément au niveau du bord inférieur du radius, à un centimètre en dedans de l'apophyse styloïde, là où le ligament antéro-externe présente un point faible toujours, et quelquefois une perforation : c'est en ce point précis que le ganglion que nous présente M. Lejars à son pédicule.

M. CHAPUT a vu un prolongement synovial de l'articulation engageant le grand palmaire.

Double salpingo-ovarite tuberculeuse enlevée par la laparotomie, par M. TERRILLON, chirurgien des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter des pièces d'une double salpingite, avec un abcès de l'ovaire, que j'ai enlevées, ces jours derniers chez une jeune femme de 23 ans.

Depuis cinq ans, cette femme éprouvait les signes ordinaires d'une double salpingite, avec poussées légères de péritonite.

Trois semaines avant l'opération, se manifestèrent des symptômes plus graves et tous les signes de la suppuration profonde du bassin. A l'examen on trouvait dans le bassin une masse indurée qui occupait le côté droit de l'utérus, en repoussant un peu celui-ci à gauche. Cette masse remontait derrière le pubis et la paroi abdominale, au-dessus de l'arcade de Fallope, de manière à former un plastron abdominal, induré et très manifeste, remontant à quatre doigts au-dessus de l'arcade.

Cette tuméfaction ne présentait aucun point fluctuant, aussi je résolus d'aller à la recherche des organes malades, qui ne pouvaient être que les trompes et l'ovaire, par la laparotomie.

Après avoir ouvert le péritoine, je trouvai du côté droit, l'épiploon épaissi, induré, adhérent à la paroi abdominale et au bord postérieur du pubis. Il fut détaché et soulevé avec peine, car il adhérait également aux parties profondes.

Au-dessous de lui se trouvait la trompe, grosse comme une saucisse, bosselée, couchée transversalement derrière la paroi abdominale et séparée de cette dernière par l'épiploon.

Comme elle était fluctuante, une ponction fut pratiquée, et donna issue à environ 120 gr. de liquide citrin, louche, non franchement purulent.

Elle était accolée à une masse plus profonde, de la grosseur d'une orange, occupant tout l'espace compris vers le bord de l'utérus, le rectum, les parois latérales du bassin et la face postérieure du pubis.

Cette masse était libre en arrière. Avec beaucoup de peine je pus détacher, en déchirant des tissus durs et résistants, et l'enlever en totalité avec la trompe qui la surmontait et lui adhérait intimement.

Cette masse était constituée par un abcès central, entouré d'une véritable coque épaisse de deux à trois centimètres.

Un pédicule l'unissait à la corne utérine; celui-ci avait le volume du petit doigt, et fut sectionné avec le thermo-cautère. Sur la coupe du pédicule, on vit nettement le calibre de la trompe, dont les parois avaient une épaisseur de plus d'un centimètre, et la surface interne d'un jaune pâle.

La coque de l'abcès était constituée par l'ovaire, et sa surface interne était jaune, comme caséuse. Il s'agissait donc de ce côté, d'un abcès de l'ovaire surmonté d'une trompe énormément hypertrophiée, contenant du liquide louche à peine puriforme.

Du côté gauche, j'enlevai une trompe semblable à la première, située verticalement à côté de l'utérus, avec des débris d'un ovaire en partie atrophié.

L'intérêt de cette pièce réside dans les deux faits suivants :

Cette salpingo-ovarite, simulait tous les caractères cliniques attribués au phlegmon du ligament large et cependant les organes qui furent enlevés en totalité n'étaient pas contenus dans ce ligament, et étaient bien l'ovaire et la trompe.

Ce qui est surtout important, c'est que par leur contact avec la paroi abdominale et leur adhérence à cette paroi, ils formaient le plastron anciennement caractéristique de l'inflammation du ligament.

Je rappellerai que cette portion de l'ovaire et de la trompe, malades et fixés derrière la paroi abdominale, n'est par rare je l'ai rencontrée cinq fois dans le cours de mes opérations de laparotomie; avec des degrés différents dans leurs lésions, mais formant toujours derrière la paroi un plastron plus ou moins étendu suivant l'intensité de l'inflammation périphérique développée par leur présence.

Je crois donc qu'il y a là une preuve que le plastron abdominal sur lequel on a insisté beaucoup au point de vue clinique, est presque toujours dû à la présence, à ce niveau, de la trompe ou de l'ovaire entourés par des fausses membranes péritonéales et aussi par l'épiploon qui leur adhère.

Cette zone inflammatoire est donc intra-péritonéale et non sous-péritonéale, comme on l'a écrit si souvent. Quand on ouvre ces abcès par la paroi abdominale, sans pénétrer dans la séreuse, cela prouve que cette dernière a été détruite par des adhérences et finalement perforée par le pus, mais cela ne prouve nullement que le péritoine soit décollé.

Enfin cette pièce est un exemple de suppuration de l'ovaire

indépendante de celle de la trompe. Il est vrai qu'ici il s'agit d'une tuberculose de ces organes (l'examen histologique l'a démontré). Cependant l'évolution avait été assez semblable, surtout dans ses caractères aigus, à ceux d'une salpingo-ovarite suppurante ordinaire.

M. POIRIER. Ces faits ont une grande importance ; c'en est pas par la lymphangite qu'on peut expliquer la formation du plastron ; ces lymphatiques n'existent pas.

M. HARTMANN demande si les salpingites, qu'a opérées M. Terrillon et qui s'accompagnaient de plastron abdominal, remontaient à un accouchement, la salpingite qui survient au cours de métrites chroniques, s'accompagnant beaucoup plutôt d'une chute des annexes dans le cul-de-sac recto-utérin. L'existence d'un plastron abdominal, correspondant à la bascule en avant de ces annexes, tient-elle à des conditions anatomiques spéciales, existant surtout après l'accouchement, alors que les organes n'ont pas encore repris leur position normale ? On serait tenté de le supposer en voyant que le complexe symptomatique, dit encore il y a quelques années phlegmon du ligament large, se produit surtout après l'accouchement.

M. TERRILLON répond que les salpingites, qu'il a opérées et qui s'accompagnaient de plastron abdominal, n'étaient pas consécutives à l'accouchement dans le plus grand nombre des cas. Pour lui, la plaque profonde de la paroi n'est que le résultat de la présence en arrière de l'utérus d'une pelvi-péritonite, multiloculaire, à contenu séreux, formant tumeur et refoulant les annexes en avant.

Petits fibromes du fond de l'utérus facilement énucléables, par le Dr CHAPUT, chirurgien des hôpitaux.

M. Chaput présente deux trouvailles d'amphithéâtre identiques à peu de chose près.

Il s'agit dans les deux cas de fibrome unique développé, au niveau de la paroi postérieure, au fond de l'utérus. L'une de ces tumeurs est u volume d'une mandarine, l'utérus est peu hypertrophié. La loge u fibrome est à paroi mince du côté de la muqueuse, l'énucléation

en a été des plus facile. La seconde pièce est relative à un second utérus, le fibrome est du volume d'une grosse cerise, au volume près elle est tout à fait comparable à l'autre.

M. Chaput, insiste sur les facilités de l'énucléation et signale les conséquences à en tirer au point de vue chirurgical.

M. GUINARD, demande que la description des pièces figure au procès-verbal, à cause de leur intérêt ; elles doivent engager les chirurgiens à essayer l'énucléation de préférence à l'hystérectomie.

M. HARTMANN fait observer que l'énucléation des myômes interstitiels que conseille M. Chaput, est couramment pratiquée par quelques chirurgiens. C'est ce que fait Péan, qui, *par la voie vaginale*, après dilatation et dissection du col, incise le tissu utérin au niveau du myôme, pour en faire l'énucléation en le morcelant au besoin, dans les cas où son volume trop grand empêche l'extraction directe par les voies naturelles.

M. CHAPUT. M. Péan préconise très ardemment l'extirpation des fibromes par la voie vaginale, par morcellement ; il ne fait l'hystérectomie vaginale que quand les fibromes sont trop nombreux ou quand les lésions faites à l'utérus pendant l'opération rendent sa conservation dangereuse.

Dans des cas tels que ceux que je viens de présenter, certains chirurgiens feraient volontiers l'hystérectomie vaginale totale, je crois cependant que dans l'espèce, pour de petits fibromes, la pratique de Péan est la plus rationnelle.

Amputation intra-calcanéenne horizontale, par le
Dr CHAPUT, chirurgien des hôpitaux.

J'ai l'honneur de vous présenter des pièces anatomiques représentant une opération que j'ai imaginée à propos d'un de mes malades de l'hôpital Tenon, atteint d'un mal perforant récidivé justiciable de l'amputation de Chopart.

Pour éviter les inconvénients du renversement de ce moignon je fis la section du calcanéum rigoureusement horizon-

tale, enfin je sectionnai l'extrémité postérieure de l'os pour supprimer l'insertion du tendon d'Achille. Bien entendu ce procédé ne peut s'exécuter qu'à l'aide d'une incision en raquette.

Voici le manuel opératoire :

1^{er} temps. — *Tracé d'une raquette à queue externe.*

La raquette se compose d'une incision dorsale et d'une incision plantaire.

L'*incision dorsale* commence au bord interne du pied, à un travers de doigt en avant du tubercule du scaphoïde. Elle s'arrondit en guêtre sur le dos du pied et passe au niveau du bord externe à la limite inférieure de ce bord. On doit la prolonger derrière le tendon d'Achille en la faisant remonter pour atteindre ce tendon, elle se termine enfin au bord interne (non pas externe) du tendon d'Achille.

Dans un premier temps la peau seule est incisée ; dans un second temps les tendons sont coupés y compris le tendon d'Achille.

L'*incision plantaire* est conduite parallèlement à l'incision dorsale qu'elle va rejoindre sur l'extrémité postérieure du 5^e métatarsien. Cette incision est menée à fond, jusqu'aux os.

2^e temps. — *Désarticulation médio-tarsienne.*

Le lambeau dorsal est rapidement disséqué et l'on fait l'amputation de l'avant-pied dans l'articulation médio-tarsienne.

3^e temps. — *Section rigoureusement horizontale du calcanéum, passant aussi bas que possible.*

Le lambeau plantaire est détaché au bistouri de la face inférieure du calcanéum. Lorsque cette dissection est suffisante, on sectionne le calcanéum à la scie de façon que la face inférieure de l'os soit, après la section, rigoureusement horizontale. On sait que normalement la face inférieure de l'os forme avec l'horizon un angle d'environ 45°.

Cette section doit passer aussi bas que possible afin de supprimer autant qu'on le peut, le raccourcissement du membre.

4^e temps. — *Section verticale de l'extrémité postérieure du calcanéum, emportant l'insertion du tendon d'Achille.*

Ce temps s'exécute facilement ; il suffit d'enlever environ 1 centimètre d'épaisseur d'os.

Cette opération présente quelque analogie avec celle de Ripier, *Société de biologie* (1881), mais elle s'en distingue par ses points très importants.

L'opération de Tripier est, en principe, une section horizontale du calcanéum passant au dessous de la petite apophyse. Or, les figures de cet auteur sont inexactes : il dresse le calcanéum presque verticalement ; grâce à cet artifice la section est horizontale, mais en fait, si l'os est remis en position normale, la section est oblique en bas et en avant. La preuve de ce que j'avance, c'est que Tripier est obligé de faire une nouvelle section au niveau de la grosse apophyse du calcanéum pour éviter une saillie dangereuse. D'autre part la section de Tripier, quelle qu'en soit la direction, supprime presque toute la hauteur du calcanéum, tandis que la mienne n'en supprime qu'un centimètre et demi au maximum. Je me crois donc en droit de décrire mon opération comme parfaitement distincte de celle de Tripier. Je vous présente enfin le moule du moignon de mon amputé de Tenon. Le malade a été présenté à la Société de chirurgie, et les membres de cette société l'ont tous trouvé très satisfaisant.

M. BAZY. Le renversement qui se produisait autrefois après l'opération de Chopart tenait à la production de fusées purulentes dans l'épaisseur des masses profondes du mollet et à la rétraction qui les suivait. Actuellement, avec l'antisepsie, on n'a plus à craindre pareil accident et l'on a pu dans ces dernières années voir nombre de Choparts sans renversement

M. CHAPUT. Le renversement est toujours à craindre, c'est un fait purement mécanique résultant de l'obliquité du calcanéum ; ce qui le prouve c'est que le renversement ne se produit pas chez les opérés antérieurement porteurs d'un pied plat.

ÉLECTIONS

MM. de GENNES, CHARRIN, CASTEX et RICARD sont nommés membres titulaires.

MM. ACHARD, THIÉRY, POTHERAT, DAGRON sont nommés membres adjoints.

M. LAFFITTE est nommé membre correspondant.

Séance du 8 février.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL

Kyste ovarique du ligament large. — Salpingite suppurée ancienne, ouverte dans le rectum, par M. LYOT, aide d'anatomie de la Faculté.

La malade qui fait le sujet de cette observation entre dans le service le 1^{er} février 1889, salle Gosselin, n° 3. Elle est âgée de 21 ans, n'a eu, affirme-t-elle, ni grossesse, ni fausse couche, est toujours très bien réglée. Jamais elle n'aurait été malade avant le 15 janvier dernier. A cette époque, surviennent ses règles, à leur terme normal. La nuit suivante, elle se livre à des excès génitaux, et dès le lendemain, elle est prise subitement de vives douleurs en urinant, il lui semble que « son ventre va sortir ». Elle se met au lit avec de la fièvre, des frissons qui se sont renouvelés les jours suivants jusqu'à aujourd'hui. Elle n'a pas d'écoulement vaginal, pas de vomissements.

Actuellement, il n'existe pas de ballonnement du ventre, on délimite à la palpation une tumeur qui occupe la fosse iliaque gauche et l'hypogastre. En haut, elle remonte à trois travers de doigt audessous de l'ombilic. A droite, elle s'étend à 4 travers de doigt au delà de la ligne médiane. Elle est arrondie, régulière, douloureuse à la pression, de consistance égale, très tendue, mais fluctuante cependant. On peut insinuer l'extrémité des doigts entre la tumeur et l'épine iliaque. Au-dessus du pubis, elle semble fortement appliquée contre la paroi abdominale. Elle n'offre aucune mobilité.

Le toucher vaginal fait sentir un col un peu abaissé, tout à fait immobile. Il est petit, conique, dur, l'orifice arrondi, fermé. Le cul-de-sac vaginal antérieur est occupé par une tuméfaction dure qui se continue dans le cul-de-sac gauche en embrassant la base du col comme un croissant, sans remplir le cul-de-sac postérieur. La tuméfaction est séparée par un sillon du col de l'utérus et également de la fosse iliaque. Elle est fixe, immobile, obscurément fluctuante, douloureuse. La pression sur la tumeur abdominale se transmet à la masse vaginale qui s'abaisse faiblement.

Le surlendemain la tumeur semble avoir augmenté et atteint l'ombilic.

En présence de ces signes cliniques, des phénomènes généraux ves, T. 39°, on porte le diagnostic de collection suppurée du ligament large et une intervention hâtive est jugée nécessaire.

La laparotomie est pratiquée le 2 février. Incision médiane sus-ombilicale de 15 centim. On trouve une tumeur lisse du volume d'une tête de fœtus, manifestement contenue dans le ligament large, continue

avec le bord gauche de l'utérus et adhérente par une large base au vagin et au plancher pelvien. La ponction donne deux litres d'un liquide séreux très légèrement trouble. En faisant des tentatives pour pédiculiser ce kyste, on voit se vider un foyer purulent péritonéal d'environ 100 gr. compris entre l'utérus, la vessie et la paroi antéro-inférieure des kystes. Après nettoyage complet du foyer, la calotte saillante du kyste est réséquée, et la partie restante suturée au pourtour de l'orifice abdominal. A la partie inférieure de l'incision abdominale est ménagé un étroit orifice par où un drain entouré de gaze iodoformée pénètre au fond du foyer péritonéal mentionné plus haut. La cavité du kyste est remplie de gaze iodoformée.

On avait remarqué en faisant la résection du kyste que l'on coupait en avant et en arrière un gros canal compris dans son épaisseur accompagné de vaisseaux et qui fut considéré comme étant la trompe. Nous verrons plus loin ses origines.

La malade mourut 60 heures après l'opération avec les allures d'une septicémie péritonéale.

AUTOPSIE. — Voici les résultats fournis par l'examen des pièces anatomiques. La base du kyste adhère au plancher pelvien par un tissu d'inflammation ancienne, scléreuse, criant sous le scalpel, montrant sur certaines sections des faisceaux de vaisseaux lymphatiques, rappelant l'aspect de la coupe de gros troncs nerveux.

La paroi kystique est d'épaisseur très inégale, 12 millim. par places, ailleurs, 3 à 4 millim. En un point, en avant, il existe un amincissement et une perforation de la grandeur d'une pièce de 50 centim. oblitérée seulement par une mince fausse membrane; cette perforation conduit dans le foyer purulent péritonéal situé derrière la vessie et vidé pendant l'opération. On n'aperçoit ni ovaire ni trompe. Pour trouver celle-ci il faut la cathétériser avec une soie par l'orifice utérin. On peut alors la suivre, incluse d'une façon intime dans la paroi antérieure du kyste jusque dans la perforation mentionnée ci-dessus. Son calibre n'admet que la soie de sanglier; là au niveau de la perforation commence un nouveau canal, nouveau par son calibre qui admet une plume d'oie. Toujours inclus dans la paroi du kyste, il traverse la portion réséquée lors de l'opération (c'est ce qui fut pris pour la trompe), chemine dans la paroi postérieure et va s'ouvrir dans le rectum par un large orifice admettant l'extrémité du doigt, à 10 centim. au-dessus de l'anus. Nulle part on ne retrouve d'ovaire.

Du côté opposé, la trompe, normale à son origine, adhère par son pavillon à un ovaire volumineux, sur lequel sont deux kystes dont l'un a le volume d'un petit œuf.

Il est difficile de porter un diagnostic précis sur les lésions présentées par cette malade et il y a là, sans aucun doute, des lésions anciennes permettant de penser qu'elle a eu une salpingite suppurée ouverte dans le rectum, puis s'est développé dans le ligament large un kyste ovarique, et les accidents récents qui l'ont amenée à l'hôpital (les seuls qu'elle avouait) seraient dus à un retour de la suppuration dans son ancien foyer avec un commencement d'inflammation du kyste ovarique.

M. POIRIER. Les collections péri-utérines doivent s'ouvrir fréquemment dans le rectum ; sans doute elles passent souvent inaperçues. Je crois qu'elles sont fréquentes car il existe sur les côtés du rectum, au niveau de la partie supérieure de la grande échancrure sciatique, deux ou trois ganglions qui reçoivent les lymphatiques du vagin, y compris ceux du tiers inférieur de ce conduit. Mes injections m'ont conduit à penser que le bubon des vaginites doit être cherché par le toucher, sur les côtés du rectum et que, lorsqu'il suppure c'est dans le rectum que la collection purulente doit s'ouvrir.

Chorée chez une femme de 79 ans. — Mort. — Ramollissement cortical, par M. PAUL TISSIER, interne des hôpitaux.

B., Marie, âgée de 79 ans, journalière, entre le 7 novembre 1887. à l'hôpital St-Antoine, salle Moiana, service de M. le professeur Hayem, morte le 27 janvier 1889.

Ni dans ses *antécédents héréditaires*, ni dans ses *antécédents personnels*, on ne retrouva d'affections nerveuses ou *rhumatismales*. Notre malade s'était toujours bien portée, lorsque le 2 mai 1886, un de ses fils, habitant avec elle, meurt écrasé. Restée seule, elle eut alors de fréquents accès de tristesse. Elle s'ennuyait continuellement, dit-elle, et ne pouvait penser à son fils sans être prise d'un accès de larmes. Elle vécut ainsi quelque temps en proie à une sorte de délire mélancolique. La mémoire diminuait, son intelligence devenait paresseuse.

Il y a un an environ, sont apparus dans les membres inférieurs certains mouvements involontaires, empêchant de maintenir les jambes immobiles. Ces mouvements continuels consistaient en mouvements de flexion et d'extension du pied et de la jambe se succédant sans régularité. Les membres supérieurs ne tardèrent pas à être pris à leur tour. La couture, les ouvrages exigeant une certaine délicatesse de mouvements devinrent impossibles. La malade cassait tout ce qu'elle touchait. Après le membre supérieur, suivant une marche ascendante, absolument régulière, les troubles moteurs se généralisèrent au cou, puis à la face.

La malade n'a jamais eu de paralysies, jamais non plus présenté de troubles de la sensibilité générale ou spéciale.

État actuel. — 8 novembre. Malade petite, pâle, émaciée, à peau livide, flasque, jaunâtre. Secousses musculaires spontanées, continues, illement rythmées, s'exagérant sensiblement dans les mouvements volontaires, ne se calmant pas malgré les efforts de la malade, mais lui permettant cependant d'atteindre le but désiré après de nombreux mouvements accompagnés de grimaces et de contorsions aussi nombreuses que bizarres. Le sommeil fait complètement disparaître les

mouvements et est tranquille, sans rêves, sans cauchemars. Les émotions, le souvenir de son fils surtout, les exagèrent. Les contractions se succèdent avec une rapidité, bien moindre que dans la chorée de Sydenham; elles passent d'un groupe musculaire à l'autre, se succèdent, se superposent avec une incroyable variété. Les mouvements volontaires sont lents, gauches; le faciès successivement triste, gai, grimaçant, forme un tableau d'ensemble difficile à décrire. Selon l'expression topique de Sydenham, les grimaces de la malade semblent combinées pour provoquer le rire.

Face. — Elle prend les expressions les plus bizarres, les plus ridicules. Le sourire y fait vite place à la grimace. L'hébétéude, la tristesse, s'y peignent alternativement. Le front se plisse et se déplisse, les sourcils se relèvent et s'abaissent alternativement. Les paupières s'ouvrent et se ferment, les narines se dilatent, les èvres se pincent, les commissures labiales sont tirées et déviées, la bouche s'entr'ouvre et se referme: la langue sort de la bouche et rentre, animée de mouvements d'ensemble et de mouvements partiels.

Cou. La tête s'incline alternativement à droite à gauche, en avant, en arrière, sans ordre déterminé.

Tronc. Il se fléchit dans divers sens en même temps que les bras se relèvent fréquemment et se placent derrière la tête, soit en flexion soit en extension. Les doigts se fléchissent et s'étendent; ces mouvements alternatifs ne rappelant en rien ceux de l'athétose.

La malade réussit avec beaucoup de peine, de grimaces et de mouvements perdus à porter un verre à sa bouche.

Les membres inférieurs sont animés de mouvements continuels de flexion et d'extension des pieds et des jambes.

La marche, difficile, est régulière, non sautillante, lorsqu'on soutient la malade.

La parole est difficile, hésitante. La première syllabe vient facilement. Mais il se produit alors une longue pause, pendant laquelle la malade cherche la fin du mot, qu'elle finit par prononcer avec force, comme soulagée. La parole s'accompagne de grimaces et de mouvements d'impatience.

La plupart des dents sont tombées et les lèvres proéminent en avant, comme pour faire la moue.

La déglutition est assez facile.

Force musculaire légèrement diminuée, également des deux côtés.

La sensibilité (tact, douleur, température) est conservée. La pression le long du rachis n'est pas douloureuse. Pupilles égales, vue, ouïe normales.

Mémoire très diminuée, intelligence très bornée. Rien aux poumons. Battements du cœur sourds, rapides, on ne perçoit pas de souffle bien net à la pointe, le premier bruit n'est cependant pas normal.

Traitement. Antipyrine, 3 gr.

Le 18. Les manifestations choréiques ont diminué d'intensité.

5 décembre. Suppression de l'antipyrine. Bains sulfureux tous les deux jours.

L'amélioration continue. La malade parle plus facilement. Les contractions des muscles du tronc ont cessé. Celle des muscles du cou sont moins fréquentes. La face est toujours grimaçante. Seuls les mouvements des membres inférieurs sont restés aussi intenses.

Le 8. L'appétit a diminué. La malade est plus affaissée. L'état reste stationnaire au point de vue des mouvements choréiques.

Le 19. Les manifestations choréiques tendent à reprendre leur intensité première. Accès de tristesse fréquents.

Injectons de liqueur de Fowler. Bains sulfureux.

Le 23. Intensité plus grande des mouvements. La malade s'assied souvent sur son lit. Les jambes demi-fléchies sont dans un état d'agitation continuelle. La tête se fléchit sans cesse en avant, en arrière, latéralement.

Les bras, le bras droit surtout, sont souvent portés derrière la tête. La langue est fréquemment projetée au dehors. Les paupières s'ouvrent et se ferment alternativement avec une certaine rapidité.

La malade renverse tous les objets qu'elle prend avec ses mains. Impossibilité de porter les aliments à la bouche. L'alimentation devient difficile, la malade se mordant la langue, qui s'interpose à tout moment entre les arcades dentaires. Eschare au sacrum depuis deux jours. Pansement iodoformé.

On cesse les injections de liqueur de Fowler et on prescrit : Acétanilide, 1 gr. par jour. Lavement de chloral, bains sulfureux,

Le 26. La malade refuse toute nourriture. Mouvements désordonnés, très intenses. Douleur et écoulement purulent par l'oreille droite. Surdité de ce côté. Injections boriquées.

Le 29. Malade plus calme. Amélioration sensible. Acétanilide, 1 gr. 50.

2 janvier 1889. L'amélioration s'accroît. La malade prend seule sa nourriture. Acétanilide, 1 gr. 50. Deux enveloppements froids par jour.

Le 6. Poids 76 livres. Eschare complètement cicatrisée. La parole est plus facile. Les mouvements d'impatience sont moins fréquents et moins prononcés. La tristesse diminue. La malade peut marcher seule. Acétanilide, 1 gr. 25.

Le 9. Le mieux s'est encore accentué. Parole plus dégagée. Urines nettement urobiliques.

Le 15. Suppression de l'acétanilide. L'oreille coule toujours. Les urines ne sont plus urobiliques.

Le 18. 3,100,000 globules rouges par millimètre cube de sang. 4,867 globules blancs. La richesse des hématies en hémoglobine est de 0,80 (normale = 1).

Le 23. La malade marche seule sans soutien depuis 4 jours. La démarche n'est pas sautillante. Les mouvements sont rares et peu prononcés. La face est toujours grimaçante.

8 février. Les manifestations choréiques ont presque complètement cessé, sauf quelques légers mouvements de flexion et d'extension des pieds et des mains.

La malade est très calme. Elle s'habille et mange sans aide. L'appétit est bon. Parole encore un peu embarrassée. La mémoire disparaît de plus en plus et l'intelligence est fort bornée.

L'oreille ne coule plus, la surdité de ce côté n'est pas absolue. Souffle au premier temps à la pointe. Souffle à la base à maximum à gauche du sternum, frémissement cataire dans les veines du cou. Proxalate de fer. Bains sulfureux.

1^{er} mars. L'état général est satisfaisant, la malade se promène

toute la journée seule. L'appétit est bon, le sommeil calme. Encore quelques mouvements des pieds.

6 avril. Depuis quelques jours la malade a de fréquents accès de tristesse. Le moindre ennui la tourmente et les mouvements choréïques ont repris rapidement une grande intensité. Les membres inférieurs et supérieurs, le cou et la face sont agités de mouvements désordonnés d'une certaine rapidité (une trentaine par minute). Marche incertaine et difficile sans appui.

5 mai. Accentuation progressive des mouvements choréïques appétit perdu. La malade pâlit et maigrit notablement. Protoxalate de fer, 0,20. Antipyrine, 1 gr. 50.

Le 8. La face est reprise avec toute l'intensité du début. Les mouvements du frontal, des sourcils, des paupières, des zygomatiques, des lèvres sont très prononcés. Les aliments sont difficilement portés à la bouche. Alimentation difficile. Amaigrissement. Acétanilide, 1 gr. 50.

Le 12. Les mouvements sont moins intenses. L'appétit est meilleur.

Le 20. Les mouvements sont très atténués. Les mouvements volontaires sont toujours gauches, la malade peut se lever.

1^{er} juin. La malade va bien. L'état général est satisfaisant. L'appétit est bon, mais la malade mange peu.

3 juillet. 3,410,000 globules rouges par millim. cube. Valeur en hémoglobine 0,81.

15 août. La malade est toujours tranquille, mais prise par instants d'accès de tristesse, de mélancolie, se trouvant trop vieille, pleurant facilement et demandant la mort.

Le 20. Les mouvements choréïques ont reparu. La malade a eu 38°,5 hier soir. Points de côté vagues du côté droit, légers frissonnements, pouls rapide, irrégulier. Langue sale. Appétit nul.

Le 21. Râles bilobés dans la poitrine, râles sous-crépitaux surtout aux bases. La température oscille entre 38° et 39°. Langue sèche. Potion de Todd. Ventouses sèches. Acétanilide, 1 gr.

Le 25. L'état général est meilleur. Le pouls est régulier, les mouvements sont moins intenses. Acétanilide, 1 gr. 50.

29 août. La fièvre a disparu. L'appétit est meilleur. Les mouvements choréïques se sont notablement atténués.

1^{er} septembre. L'amélioration continue. Réflexes rotuliens peu prononcés.

Le 25. L'état général est satisfaisant.

15 octobre. La malade maigrit, sa figure est fatiguée, son teint jaune terreux. Selles normales. Urines non urobiliques.

1^{er} novembre. La malade s'affaiblit de plus en plus et son intelligence disparaît chaque jour.

Le 4. Les mouvements choréïques ont reparu et sont fort intenses. Liqueur de Fowler.

Le 12. 4,185,000 globules rouges par millim. c., valeur globulaire en hémoglobine 0,73. Par suite des mouvements continus de sa langue, la malade accuse de la douleur au niveau des bords de la langue.

1^{er} décembre. Les mouvements choréïformes persistent mais peu intenses. L'état général remonte un peu. La malade peut se lever et marche seule.

Le 24. La malade à fait dans son lit, sans en avoir bien conscience. Elle devient sale, ce qui contraste avec ses habitudes antérieures de propreté. Elle pleure souvent et sans motif sérieux. Urines légèrement urobiliques, ne contenant ni sucre, ni albumine.

3 janvier 1889. Accès de mélancolie. La malade parle peu elle semble hébétée.

Le 24. Accès d'oppression depuis quelques jours. Dyspnée. Quelques râles à la base droite. Perte de l'appétit. Mauvais état général. T. 38°.

Le 25. L'état général est plus mauvais. Dyspnée que n'explique pas l'examen de la poitrine, qui donne les mêmes résultats qu'hier.

Le 27. Mort.

AUTOPSIE. — *Poumons* légèrement emphysémateux, légère congestion hypostatique, pas de splénisation, pas d'hépatisation.

Plèvres normales. *Péricarde* normal, graisse sous-épicaudique assez abondante, au niveau du sillon auriculo-ventriculaire notamment.

Cœur volumineux. Le ventricule gauche, à parois molles, flasques, est notablement dilaté. Pouls athéromateux sur les deux lames de la mitrale. Léger froncement de la lame droite au niveau de l'insertion des piliers. Pas trace de lésions récentes. Rien aux valvules sigmoïdes rien au cœur droit.

Plaques athéromateuses dans l'aorte. Coronaires perméables.

Foie à capsule épaissie par places, présentant un sillon d'étranglement assez profond, occupant à peu près le milieu de sa face antérieure. A la coupe, légère dégénérescence graisseuse. *Bile* peu abondante, épaisse, filante, contenant très nettement de l'urobiline en notable quantité. *Rein* petit, sclérosé, de coloration rouge assez intense.

La *moelle* paraît intacte à l'œil nu, l'examen en sera pratiqué ultérieurement, ainsi que celui du *bulbe* de la *protubérance* et des *pédoncules*.

On ne remarque nulle part trace de sclérose descendante. Rien au *cervelet*.

La *pie-mère* est épaissie, légèrement congestionnée, non adhérente sauf en certains points de ramollissement cortical que nous allons indiquer.

A ce niveau, la substance grise du manteau est de coloration jaunâtre, osseuse. Les circonvolutions sont comme affaissées et au niveau de ces dépressions la *pie-mère* épaissie est richement vascularisée.

Le ramollissement est purement cortical et nous n'avons pas trouvé d'altérations macroscopiques, ni dans le *centre ovale*, ni dans la *capsule interne*, ni dans les *noyaux gris de la base*, ni dans les *ventricules*.

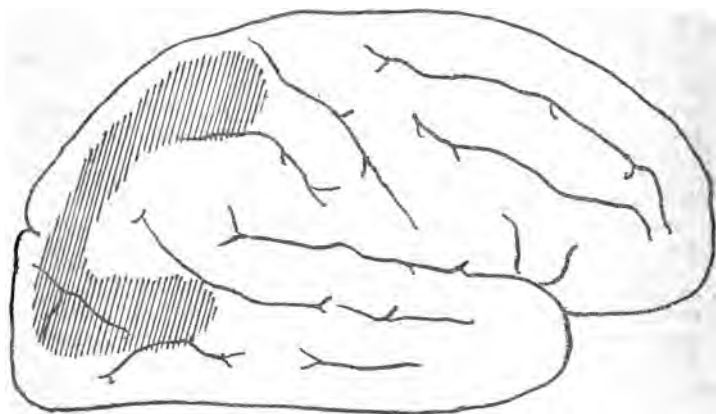
Les *vertébrales*, les *carotides* et les *artères cérébrales* sont perméables et non athéromateuses.

Pas de lésions de la base du cerveau, ni de la surface interne des hémisphères.

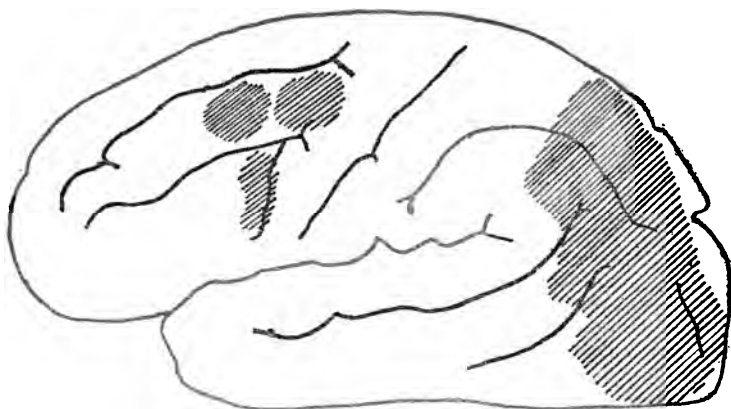
Hémisphère droit, surface convexe, foyer de ramollissement cortical occupant la partie postéro-supérieure de la pariétale ascendante, le *bulbe supérieur*, la partie antérieure des deux premières circonvolutions occipitales et la partie postérieure de la deuxième temporale.

Foyer de ramollissement cortical au niveau du pied et de la deuxième

circonvolution frontale. Un peu en avant sur la même circonvolution second foyer de ramollissement. Un troisième foyer plus limité au niveau du pied de la troisième circonvolution frontale. Foyer de



Hémisphère droit face externe.



Hémisphère gauche.

ramollissement superficiel occupant toute la surface du lobe occipital, la partie postérieure des lobules pariétaux supérieur et inférieur, le lobule du pli courbe et la partie postérieure de la deuxième circonvolution temporale.

RÉFLEXIONS. — En présence de cette observation de chorée sénile, il y a lieu de se demander s'il s'agit de chorée *essentielle* ou de chorée *symptomatique*.

Nous réservons bien entendu l'examen de la moelle dont on connaît l'importance en pareil cas (Raymond). En effet, on sait que la chorée canine a son siège dans la moelle (Chauveau, Bert, Carville, Gowers, Quincke). D'autre part, des lésions médullaires ont été constatées à l'autopsie de sujets ayant présenté des mouvements choréiques (Meynert, Pierret, Golgi, De Boyer, Eisenlohr, Foucheraud Ross, Wood, etc.).

La chorée de Sydenham peut s'observer chez le vieillard (cas de Bouteille, 80 ans, Andral, Franck, H. Roger, 80 ans, etc.). M. le professeur Charcot a insisté sur les caractères de la chorée vulgaire survenant chez les vieillards (*Progrès médical*, 1879).

Aussi ne voulons-nous émettre aucune opinion ferme sur la nature du processus chez notre malade et sur les relations pathogéniques qui existaient entre le syndrome chorée et les lésions du manteau des circonvolutions. Il se peut très bien, en effet, étant donné l'âge de la malade, que ce ramollissement cortical soit une lésion absolument indépendante de la cause même de la chorée, une pure coïncidence.

On sait, d'autre part, qu'entre autres lésions cérébrales (hyperhémie, kyste sanguins, lésions hyperplasiques et scléreuses, ecchymoses sous-méningées, hémorragies arachnoïdiennes, etc.) on a rencontré un certain nombre de fois, à l'autopsie de malades ayant succombé au cours de la chorée de Sydenham, du *ramollissement* (14 fois d'après Launois). Ramollissement limité ou en foyers multiples siégeant sur le manteau, dans le cervelet et plus souvent dans les noyaux gris centraux. Ce ramollissement est dans un certain nombre de faits lié à une embolie. Or nous avons noté expressément dans notre cas l'absence d'embolie ou d'oblitération artérielle, au moins des vaisseaux d'un certain volume.

Il est assez intéressant de comparer les symptômes observés chez notre malade avec ceux qui ont été signalés dans les cas de chorée des vieillards.

M. le professeur Charcot fait remarquer que la forme générale de la chorée des enfants se retrouve chez le vieillard. C'était le cas dans notre observation où nous avons noté

une moins grande rapidité dans les mouvements, fait déjà indiqué par M. Charcot. Par contre, il existait à la face une variété de grimaces aussi grande que celles qu'on observe chez l'enfant. Il n'en serait pas ainsi d'ordinaire.

Le début n'a pas été brusque, à proprement parler : c'est bien à la suite d'une émotion vive, que la maladie a débuté, mais les mouvements choréiques n'en ont pas été le premier symptôme.

Comme chez l'enfant, il y a eu une phase prodromique, assez longue même, puisqu'elle s'est prolongée environ cinq mois, pendant laquelle se manifestèrent un changement profond de caractère, de l'impatience, de la mélancolie, etc.

Nous rapporterons une expression d'une des malades de M. le professeur Charcot, qui s'est retrouvée presque textuellement, dans la bouche de notre malade faisant débiter son affection « à la suite de choses dont elle ne saurait parler sans verser des larmes ».

Comme dans le plus grand nombre des faits publiés, nous ne trouvons aucun antécédent rhumatismal. La sensibilité n'est pas altérée.

M. Raymond a noté chez ses malades un état intellectuel ordinaire, celui de leur âge ; M. le professeur Charcot au contraire, a trouvé chez la plupart des vieillards atteints de chorée une démence plus ou moins caractérisée : nous avons insisté sur l'état de déchéance intellectuelle de notre malade.

Enfin nous insisterons sur l'efficacité véritablement remarquable de l'*acétanilide*, qui, à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50, s'est montrée un antispasmodique puissant, ayant amené des rémissions d'assez longue durée.

Doigt à ressort, par M. POIRIER.

M. POIRIER propose une pathogénie nouvelle du doigt à ressort ; il pense que le phénomène du ressort est produit par une déformation des surfaces articulaires et qu'il se maintient par le fait de l'accrochement de la *jugulaire glénoïdienne* aux tubercules qui terminent en avant la surface articulaire du métacarpien. Il pense que normalement la surface articulaire doit être divisée en deux champs ou surfaces, un champ phalangien répondant à la phalange et un

champ glénoïdien ou sésamoïdien répondant aux sésamoïdes du fibro-cartilage glénoïdien. Or, il arrive fréquemment que, par suite d'altérations rhumatismales, les deux facettes du métacarpien peuvent être séparées par une crête résultant de l'usure de la facette glénoïdienne.

Peut être le passage de la phalange sur cette crête peut-il expliquer ces cas de doigt à ressort.

En résumé M. Poirier pense que dans la plupart des cas de doigt à ressort spontané et dans tous les cas de doigt à ressort traumatique le ressaut est provoqué par une déformation des extrémités osseuses ou de la surface articulaire et l'arrêt par l'accrochement derrière cette saillie ou le tubercule métatarsien.

M. Poirier, qui a entrepris sur ce sujet des expériences, en communiquera les résultats complets à la prochaine séance.

Incisions de l'uretère.

M. TUFFIER fait une communication sur la cicatrisation des incisions de l'uretère, souvent indiquées dans le cas de calcul de ce conduit.

La section transversale de l'uretère quel que soit le mode de suture employé ne donne pas de résultats. Aussi a-t-il adopté la section longitudinale dont les résultats sont très satisfaisants.

Lipome calcifié et pédiculé de la face interne de la cuisse, par A. CHIPAULT, interne des hôpitaux.

P. Elisabeth, journalière, âgée de 69 ans, entre le 28 janvier 1889 dans le service de M. le Dr Th. Anger.

Elle ne peut donner de renseignements précis sur ses parents. Elle-même n'a jamais été gravement malade.

Depuis 29 ans, c'est-à-dire depuis l'âge de 40 ans, elle porte à la face interne de la cuisse gauche une tumeur qui, d'abord non pédiculée et peu volumineuse, a augmenté peu à peu de volume en se pédiculisant, et qui depuis une dizaine d'années est devenue bien us dure.

Tout à fait dans ces derniers temps, après de longues années d'insolence, elle est devenue douloureuse et s'est ulcérée. C'est alors que le malade est entrée à l'hôpital.

État actuel. — La tumeur est appendue à la face interne de la cuisse uche, au-dessous de la grande lèvre correspondante qu'elle tireille.

Le pédicule, très souple, et sur lequel la masse est mobile dans tous les sens, comprend deux parties : une supérieure, de la grosseur du petit doigt, où l'on sent rouler sous la peau de volumineux cordons ; une inférieure, véritable palmure ne comprenant que deux plans de peau mobiles l'un sur l'autre.

La tumeur proprement dite, du volume des deux poings, régulière de forme, presque ronde, est recouverte d'une peau saine, mobile, sauf au niveau d'une ulcération située au point le plus déclive, et dont les bords amincis, adhérents, sécrètent une minime quantité de pus. Cette ulcération ovale transversalement de 5 c. sur 3, ne comprenant que les couches les plus superficielles et laisse saillir un bourgeon d'aspect et de consistance pierreuse. Le palper de la tumeur montre d'ailleurs qu'elle a tout entière, jusqu'à l'insertion sur elle du pédicule, cette même consistance, avec des irrégularités de surface de la masse centrale sensibles au doigt. Il existe cependant à la face interne un point large comme une pièce de deux francs, de consistance œdémateuse, gardant l'empreinte du doigt. L'œdème n'est d'ailleurs que superficiel, car en le faisant disparaître par pression, on tombe sur une petite cuvette creusée dans la masse pierreuse.

La tumeur, non douloureuse spontanément, l'est au toucher, particulièrement autour du point ulcéré.

L'ablation pratiquée le surlendemain, 30 janvier a été des plus faciles. Le bistouri, empiétant largement sur la peau de la tumeur, a sectionné d'abord la palmure inférieure, puis le pédicule qui contenait des veines grosses comme un porte-plume, et deux artères très petites.

La peau sectionnée s'est considérablement rétractée sur la cuisse, laissant à nu l'aponévrose, et ce n'est pas sans difficultés, que les bords, une fois l'hémostase faite, ont été suturés.

L'examen de la tumeur a montré qu'elle se composait de tissu calcaire, criant sous la scie, avec çà et là des parties molles, d'aspect lipomateux. Une mince couche grasseuse enveloppait toute la masse centrale, se continuant avec la graisse sous-cutanée de la face interne de la cuisse. Son poids était de 420 grammes.

L'injection des veines de la tumeur a montré qu'elles formaient à sa surface un large réseau, formé de troncs énormes.

Nous ferons remarquer, 1^o la palmure composant en partie le pédicule, et qui nous paraît due au tiraillement exercé par la masse très lourde sur la peau mobile de la région.

2^o La rétraction considérable de cette peau, après la section, rétraction qui autorise, dans ces cas de tumeurs bénignes, presque énucléable à conserver la plus grande partie des couches superficielles qui les recouvrent.

Séance du 15 février.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL

Sur quelques points de l'anatomie du duodénum. (Sa 4^e portion, son muscle suspenseur, la fossette duodéno-jéjunale, les hernies rétro-péritonéales), par HENRI HARTMANN (à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire).

Les pièces, que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société, ont trait à l'anatomie du duodénum, elles me permettent d'exposer quelques points spéciaux peu étudiés dans nos auteurs classiques. Les faits sur lesquels je désire appeler votre attention sont mentionnés par quelques auteurs étrangers, ainsi que j'ai pu le constater par les courtes recherches bibliographiques que j'ai faites. J'ai cru néanmoins devoir vous apporter le résumé des constatations que j'ai faites depuis bientôt deux ans et que j'ai maintes fois enseignées dans mon pavillon, vu les divergences qui existent entre les faits observés et les descriptions actuellement reçues dans nos divers traités d'anatomie.

Nos classiques s'accordent à décrire au duodénum trois portions : hépatique, rénale et pancréatique (Cruveilhier).

Le duodénum décrirait, suivant eux, une sorte de demi cercle, ouvert à gauche ; on pourrait, comme le fait Haller, le comparer à deux parallèles coupées par une sécante ; « son extrémité inférieure, dit le professeur Sappey, se continue à plein canal avec l'extrémité correspondante du jéjunum qui n'en diffère que par la direction. Et comme ce changement de direction correspond à la mésentérique supérieure, on peut assigner au duodénum pour limite inférieure, l'origine de cette artère » (1). C'est là une limitation que nous ne pouvons accepter.

Le duodénum est cette portion de l'intestin grêle qui, *par sa fixité et ses courbures*, mérite une description isolée.

Lorsque tout l'intestin flotte, anse unique décrivant des convolutions variables, comme le fait s'observe chez la auve-souris, il n'y a pas de duodénum.

1) SAPPEY. *Traité d'anatomie descriptive*, 3^e éd., 1877, t. IV, p. 202.

Au contraire, à l'ouverture de l'abdomen d'autres animaux, le renard par exemple, on voit partir de l'estomac une très large anse d'intestin grêle qui se dirige tout d'abord à droite, puis descend très bas jusque dans le bassin pour aller presque transversalement à gauche pendant un court trajet, remonter ensuite verticalement jusque près de son point d'origine et là seulement se couder pour se continuer avec l'anse intestinale circonvolutionnaire, que constituent le jéjunum et l'iléon ; cette anse fixée dans ses rapports, *décrivant une sorte d'U* très allongé, superficielle à son départ, au niveau de l'estomac, profonde à sa terminaison au niveau de la colonne lombaire, se différencie du reste de l'intestin grêle : c'est le duodénum.

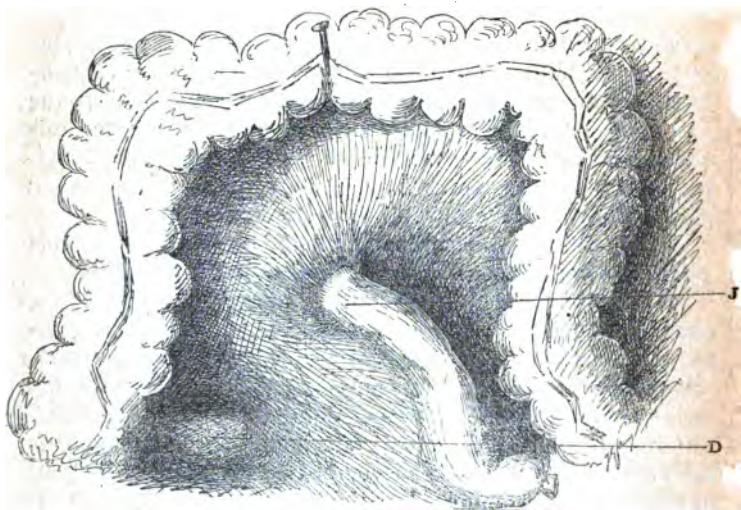


FIG. 1. — En D on voit la 3^e portion du duodénum avant son passage sous les vaisseaux mésentériques. — J. 1^{re} partie du jéjunum.

Une disposition analogue existe chez l'homme. Le duodénum, après être passé sous l'artère mésentérique, se courbe pour remonter presque vertical, quelquefois un peu oblique en haut et à gauche, dans une hauteur de deux vertèbres en moyenne.

Le fait est déjà évident lorsqu'on regarde le paquet intes-

tinal en place ; il est facile de constater que la portion originelle du jéjunum se trouve à un niveau notablement supérieur à celui où est la 3^e portion du duodénum, vue par transparence à travers le péritoine postérieur, avant son passage au-dessous des vaisseaux mésentériques supérieurs (voir fig. 1).

On peut le constater d'une façon encore plus directe en prenant le paquet de l'intestin grêle, en le renversant à droite et en l'étalant. On a alors sous les yeux (fig. 2), à gau-

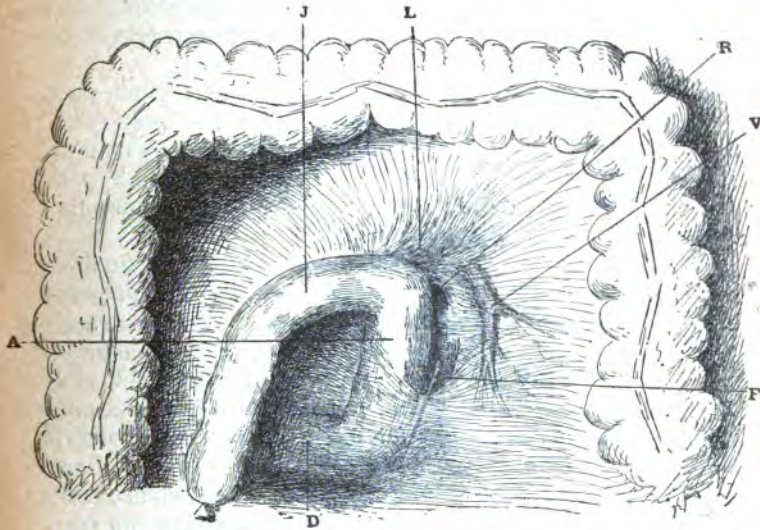


FIG. 2. — Le paquet d'intestin grêle a été renversé à droite. On voit : D, duodénum. — A, sa portion ascendante. — J, jéjunum. — F, longue épingle introduite dans la partie inférieure de la fossette duodéno-jéjunale ici dédoublée. — R, repli limitant la partie supérieure de la fossette. — L, adhérence du mésocôlon transverse constituant une sorte de ligament suspenseur du coude duodéno-jéjunale. — V, veine mésentérique inférieure.

che le côlon descendant, en haut le côlon transverse, à droite le feuillet postérieur du mésentère devenu antérieur par suite du rejet de la masse intestinale à droite ; de plus point intéressant et sur lequel nous désirons attirer l'attention, on voit au niveau de la 3^e ou de la 4^e vertèbre lombaire,

à gauche de l'artère mésentérique, la portion terminale du duodénum, qui bien loin de se continuer directement avec le jéjunum, se recourbe en haut, verticalement ascendante, jusqu'au niveau de la 2^e vertèbre lombaire, point où elle se coude suivant la disposition classique pour se continuer avec le jéjunum.

Cette 4^e portion, ascendante, du duodénum est constante. La seule mention que nous ayons trouvée dans nos auteurs français est une note de l'anatomie de Cruveilhier, où cet anatomiste nous dit que « chez un sujet, il a trouvé une 4^e portion qui se portait de bas en haut, et qui avait 2 centim. 1/2 de longueur, en sorte que le duodénum décrivait une 3^e courbure à concavité dirigée à droite » (1).

Fixée contre la paroi postérieure de l'abdomen, cette 4^e portion affecte le plus souvent une direction à peu près verticale, quelquefois oblique en haut et à gauche, jamais oblique en haut et à droite. Aussi l'angle, qu'elle fait avec la 3^e portion, est-il variable d'autant que cette 3^e portion n'a pas elle-même une direction absolument fixe.

En général, la 4^e portion se continue avec la partie du duodénum située à droite de l'artère mésentérique à angle presque droit, lorsque cette partie a un trajet à peu près transversal. D'autres fois, lorsque la 3^e portion légèrement incurvée est déjà ascendante dans sa partie terminale, l'angle de réunion est obtus; quelquefois même il y a entre ces deux portions une continuité de direction telle que le duodénum décrit une courbe régulière, un trajet nettement *spiroïde*. Dans quelques cas enfin la 3^e portion est descendante, elle se continue alors plus ou moins avec la 2^e portion et fait, au contraire, avec la 4^e portion un angle plus ou moins aigu (voir fig. 3).

La situation de cette 4^e portion n'est pas absolument fixe; ordinairement prévertébrale, elle se termine à gauche de la colonne lombaire; nous l'avons vue entièrement à droite de la ligne médiane, remontant obliquement en haut et à gauche, atteignant au niveau de sa terminaison, la partie antéro-latérale droite de l'aorte abdominale.

(1) J. CRUVEILHIER. Traité d'anat. descript., 4^e éd., 1865, t. II, p. 134. On la voit ainsi figurée sur la planche 2 du t. III, de l'*Atlas d'anatomie descriptive* de Bonamy, Broca et Beau.

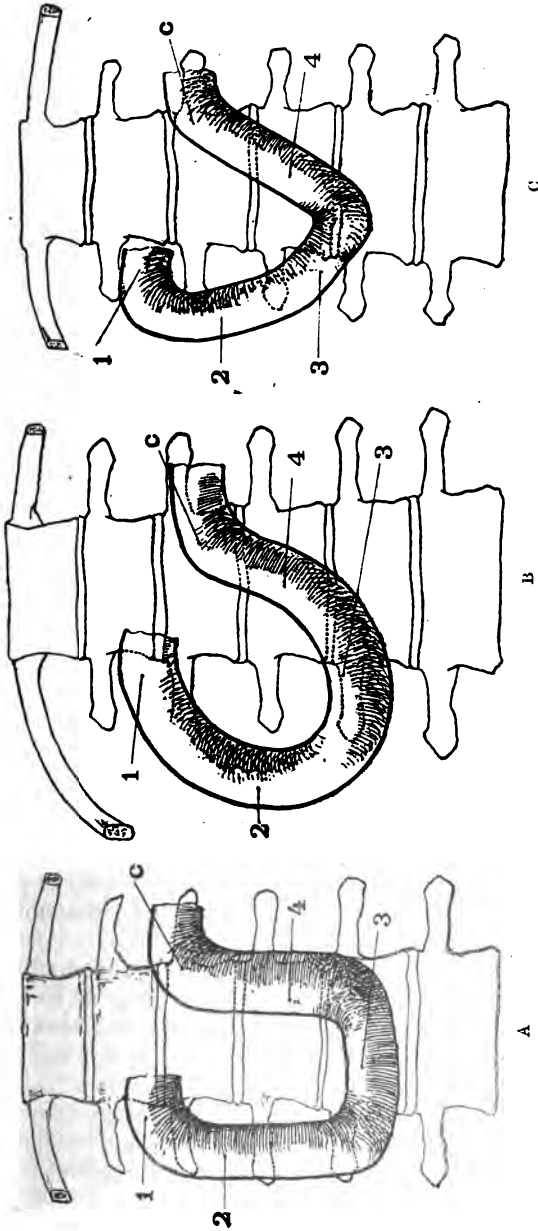


FIG. 3. — A. Duodénum coudé. — B. Duodénum en épi. — C. Duodénum angulaire.
 1, 2, 3, 4 marquent les 4 portions du duodénum. — C, la coudure duodénojéjunale.

Cette portion ascendante du duodénum, commence en général au niveau du milieu du corps de la 4^e vertèbre lombaire, quelquefois plus bas jusqu'à l'extrémité inférieure de la 4^e lombaire, quelquefois plus haut, sur le corps de la 3^e. Elle se termine le plus souvent au niveau de la partie moyenne du corps de la 2^e vertèbre lombaire, s'arrêtant quelquefois plus bas sur le disque intermédiaire à la 2^e et à la 3^e, remontant, au contraire, dans d'autres cas, plus haut, jusqu'au niveau du disque intermédiaire à la 1^{re} dorsale et à la 1^{re} lombaire.

En ce point variable, comme nous venons de le voir, l'intestin se coude en même temps qu'il s'écarte de la paroi abdominale postérieure, s'entourant alors de toutes parts du péritoine et présentant un méso, affectant en un mot tous les caractères généraux du jéjunum avec son mésentère.

Toute la partie terminale du duodénum (fin de la 2^e portion, 3^e et 4^e portions) encadre la moitié inférieure de la tête du pancréas qui, comme on le sait, a son grand diamètre vertical.

La grande fixité de la 4^e portion est due à ce qu'elle reçoit tout le long de son bord postérieur droit des fibres musculaires bien décrites par Treitz et dites dans leur ensemble muscle de Treitz, ou *muscle suspenseur du duodénum*.

Pour voir ce muscle, il suffit d'enlever le péritoine qui aborde la partie droite de la 4^e portion et de soulever le paquet des vaisseaux mésentériques. C'est à gauche et au-dessous de ces vaisseaux mésentériques qu'on trouvera le muscle suspenseur. On peut encore plus facilement l'aborder par sa face postérieure en sectionnant le péritoine sur le bord gauche de la 4^e portion, et en soulevant celle-ci : on tombe alors presque directement sur le muscle dont on distingue parfaitement les fibres pour peu qu'en tirant le duodénum en bas on les tende fortement.

Le muscle suspenseur est de forme générale triangulaire, à sommet mousse supérieur, à base le long de la portion ascendante du duodénum ; son sommet se perd dans le tissu fibreux qui entoure le tronc cœliaque et le pilier gauche du diaphragme ; sa base étalée en éventail semble se continuer avec les fibres longitudinales de la face postérieure, plus exactement postérieure droite, de la portion ascendante du duodénum. Treitz, lui, décrit un faisceau de renforcement qui

naîtrait du bord droit de l'œsophage et que nous n'avons pas observé.

Sa couleur, quelquefois franchement rouge, est d'autres fois plus pâle, les fibres ramassées au niveau de leur partie supérieure s'étalent au contraire en fascicules très petits au voisinage du duodénum. Elles se confondent avec la couche de fibres musculaires longitudinales de sa portion ascendante, dans toute la longueur de cette portion depuis l'artère mésentérique jusqu'à la coudure duodéno-jéjunale.

Dans son parcours, ce muscle passe au devant de la veine rénale gauche, en arrière du pancréas ; aussi est-on obligé de couper celui-ci ou de le relever en totalité pour suivre le muscle jusqu'à son insertion supérieure. Notre excellent maître M. Farabeuf ayant bien voulu nous confier un muscle de Treitz, enlevé par lui immédiatement après la mort d'un jeune supplicié de 22 ans, nous avons prié notre ami, M. Retterer, de vouloir bien, avec cette pièce et d'autres que nous lui avons remises, faire l'histologie de ce muscle. Voici la note qu'il nous a remise :

« L'examen à l'œil nu et les dissociations sont insuffisants, lorsqu'on veut se rendre compte de la forme, du nombre et du volume des faisceaux constituant le muscle de Treitz. A cet effet, il convient de faire deux sortes de préparations d'anatomie microscopique.

1° Pour avoir une idée de l'ensemble du muscle, on sépare avec soin la lame qui s'étend du duodénum à l'origine du tronc cœliaque d'avec les organes avoisinants, on l'étale sous l'eau sur une plaque de liège sur laquelle on la fixe au moyen d'épingles.

L'organe ainsi préparé, on le plonge dans un mélange d'alcool à 36° et d'acide formique dans la proportion de 9 sur 1 ; au bout de 24 heures, on le lave à l'eau et on le colore au carmin aluné. Montée ensuite dans le baume de Canada, la préparation permet de reconnaître très aisément les muscles lisses au milieu du tissu conjonctif, comme je l'ai indiqué à la Société de biologie 18 novembre 1887, pour ce qui regarde les fibres-cellules en général. De cette façon, on voit que le muscle de Treitz a une forme trapézoïde, dont l'une des bases, large de 2 cent. en moyenne, se continue directement avec la couche longitudinale de la tunique musculaire du duodénum, tandis que l'autre extrémité se termine dans la

lame conjonctive aboutissant au tronc cœliaque. La largeur de l'organe va en diminuant de bas en haut et la hauteur totale du muscle est de 3 cent. environ. On compte de 6 à 7 tractus musculaires ayant chacun un diamètre de 0^m,003 en moyenne; mais des faisceaux de fibres-cellules plus minces s'étendent dans l'intervalle de ces gros tractus et sillonnent le tissu conjonctif qui réunit l'ensemble du muscle. La largeur plus notable du muscle dans sa portion inférieure résulte de l'écartement plus prononcé des faisceaux vers le duodénum.

2° Afin de préciser les rapports du muscle avec le tissu conjonctif enveloppant, ainsi que ses limites supérieures et inférieures, je conseille de pratiquer, sur l'organe inclus dans le collodion, des coupes longitudinales. J'ai fait cette étude sur une pièce venant d'un supplicié. C'est dire que les éléments étaient admirablement conservés. Les coupes en série confirment ce que j'ai indiqué plus haut sur la limite supérieure et inférieure du muscle, elles montrent que l'épaisseur de la lame musculaire ne dépasse pas 0^m,3. Les faisceaux musculaires sont entourés d'une série de lamelles concentriques de tissu conjonctif condensé formant à chacun une gaine fasciculée.

En résumé, le muscle de Treitz est une lamelle musculaire, qui, au point de vue histologique, figure un prolongement de la couche longitudinale musculaire du duodénum. Il est constitué par des faisceaux musculaires à direction plus ou moins parallèle, séparés et réunis les uns aux autres par du tissu conjonctif fasciculé. »

Ce muscle constitue le principal moyen de fixité de la portion ascendante du duodénum. Ce n'est pas le seul. Lorsqu'on tire en bas la coudure duodéno-jéjunale, on voit immédiatement se tendre et résister fortement une adhérence péritonéale (voir fig. 2), bien différente du muscle de Treitz qui, profondément placé, n'affecte aucun rapport avec ce pli péritonéal; c'est là une sorte de deuxième ligament suspenseur, constitué, comme nous le verrons ultérieurement, par une adhérence secondaire du mésocôlon transverse et de la partie terminale du duodénum pendant la vie intra-utérine.

A cette portion ascendante du duodénum se rattache l'existence d'une fossette dont ne parlent pas nos classiques.

Mouro, Haller, Sandifort avaient déjà parlé d'une ouverture bordant le duodénum, mais le premier qui en ait donné une description et qui ait bien vu cette fossette péritonéale, est Huschke; cet anatomiste la décrit sous le nom de *fossette duodéno-jéjunale*. C'est la *poche duodénale* d'Engel, la *rétroversion méso-gastrique* ou *moyenne* ou *interméso-colique* de Gruber. Elle a fait l'objet de nombreuses recherches de la part de Treitz et a été figurée par cet auteur dans son mémoire sur la hernie rétropéritonéale. Treves, dans son travail sur le péritoine, en a aussi tracé une bonne description et a étudié ses divers aspects.

Pour la bien voir, il suffit de relever le grand épiploon, d'étaler en haut et à gauche le côlon transverse et le côlon descendant, en même temps qu'on rejette le paquet d'intestin grêle à droite. On a alors sous les yeux la coudure duodéno-jéjunale et la portion ascendante du duodénum. C'est sur le bord gauche de celle-ci qu'on trouve l'ouverture de la fossette.

Dans sa forme la plus commune, la plus typique, cette fossette est située sur la partie latérale gauche et postérieure de la portion ascendante du duodénum; elle est limitée à gauche par un pli péritonéal, dont la partie adhérente se continue avec le péritoine postérieur qui recouvre le rein et va constituer à gauche le feuillet droit du côlon descendant, en haut le feuillet inférieur du côlon transverse. Le bord libre de ce pli a une forme semi-lunaire; sa corne inférieure vient se perdre sur la face antérieure de la dernière portion du duodénum; la supérieure va au contraire se cacher en arrière du bord gauche de cette partie de l'intestin, si bien que la portion ascendante du duodénum semble émarginer du péritoine postérieur au niveau de cette fossette.

A une petite distance du bord libre de la corne supérieure on voit passer la veine mésentérique inférieure qui décrit une courbe régulière à ce niveau. Le bord libre de la corne inférieure est au contraire privé de vaisseau. Contrairement à ce que dit Henle, nous ne l'avons jamais vu soutenu par l'artère colique gauche supérieure qui passe toujours à une certaine distance du pli et en est complètement indépendante.

Lorsque ces plis sont très développés, l'orifice de la fossette est petit, il faut pour le rendre manifeste tirer un peu le duodénum à droite de manière à le dégager du pli péritonéal, qui,

mince et appliqué sur l'intestin, pourrait à un examen superficiel être confondu avec l'enveloppe séreuse du reste de cet intestin.

Le péritoine s'enfonce dans cette fossette, en général jusqu'aux limites de la portion ascendante du duodénum, et comme l'orifice de cette fossette est situé à l'union du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs de cette portion de l'intestin, il s'ensuit que le cul-de-sac péritonéal supérieur est notablement plus petit que l'inférieur.

Celui-ci se trouve limité en avant par une sorte de pli transparent, mince, sans graisse, ni vaisseaux, qui s'attache verticalement à l'intestin presque toujours suivant une ligne située à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 gauche de ce canal, quelquefois juste sur le centre du duodénum (Treves).

Lorsque le pli est moins étendu, sa portion moyenne peut manquer, la fossette semble alors se dédoubler en deux autres, une supérieure en général peu profonde, une inférieure plus grande descendant jusqu'au bas de la portion ascendante du duodénum.

Que le pli soit encore moins développé, et au dédoublement de la fossette en deux va succéder la diminution progressive de ces fossettes et leur disparition. Ordinairement c'est la fossette supérieure qui disparaît la première; on n'a alors, sur la portion ascendante du duodénum, qu'une fossette à ouverture supérieure, à sommet inférieur. Exceptionnellement la fossette supérieure seule persiste, pouvant même présenter alors un développement exceptionnel.

Toutes ces dispositions, très nettes chez le fœtus et le nouveau-né, manquent souvent chez les sujets plus âgés, la fossette duodéno-jéjunale tendant à disparaître avec l'âge. Toutefois on peut l'observer même chez des vieillards et nous l'avons vue, entre autres cas, sur le cadavre d'un homme de 70 ans.

C'est dans la fossette que nous venons de décrire que se font le plus souvent les *hernies dites rétro-péritonéales*. Nos classiques (1) décrivent à tort sous le nom de hernies rétro-péritonéales de Treitz, la hernie à travers l'hiatus de

(1) Voir DUPLAY. *Traité de pathol. ext.*, Paris, 1880, t. VI, p. 287. PEYROT. *Manuel de path. ext.*, Paris, 1887, t. III, p. 465.

Winslow. La hernie rétro-péritonéale qui a fait l'objet du mémoire de Treitz, était une hernie dans la fossette duodéno-jéjunale anormalement développée.

Treitz ne dit pas un mot, dans son mémoire (1), de hernies à travers l'hiatus de Winslow. Nous n'en connaissons que deux cas, un de Jobert et un de John Wilson Moir (2).

Au contraire, les observations de hernies rétro-péritonéales dans des fossettes péritonéales normales mais anormalement développées, sont beaucoup plus fréquentes. Elles se font en trois points principaux (3) : 1° au niveau de la fossette duodéno-jéjunale ; 2° dans les fossettes cœcales ; 3° dans la fossette intersigmoïde située au niveau du collet de l'anse oméga.

Les *hernies dans la fossette duodéno-jéjunale*, ont été observées un certain nombre de fois, sans que jamais, sauf un cas resté douteux (Hilton), elles aient déterminé des accidents (A. Cooper (4), Treitz (5), Peacock (6), Gruber (7) Chiene (8), Waldeyer (9), Pye Smith (10), etc.). Elles contiennent souvent tout l'intestin grêle, moins le duodénum.

Les *hernies dans les fossettes cœcales* sont connues depuis longtemps ; elles sont décrites sous le nom de hernies sous-cœcales, *hernia hypogastrica dextra* (Gruber), hernie de Rieux (11), etc. Treitz en rapporte deux cas, un de Wagner un de Snow, Pye-Smith un cas de Mosson, et il en cite de nombreux exemples dans nos ouvrages français.

(1) *Hernia retro-peritonealis*, Prag. 1857.

(2) Cités d'après J. CHIENE. *Anat. of a case of intra-peritoneal hernia*, in *J. of an. and phys.*, London, 1867-1868, t. II, p. 218.

(3) P. H. PYE SMITH *retroperitoneal hernia*, in *Guy's hosp. Reports*, London, 1870-1871, 3^e sér., t. XVI, p. 131.

(4) A COOPER. *Œuvres chirurgie.*, trad. Chassaignac et Richelot, Paris, 1837, p. 399.

(5) *Loc. cit.*

(6) PEACOCK. *Etranglem. int.*, in *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1850, 4^e sér. t. XXII, p. 210.

(7) GRUBER. *Ueber die Hernia interna mesogastrica*, in *Petersb. med. Zeitschr.*, 1861, t. I, p. 717.

(8) CHIENE. *Case of intra-peritoneal hernia*, in *J. of An. and Phys.*, London, 1867-1868, t. II, p. 218.

(9) WALDEYER. *Hernia retro-peritonealis*, in *Arch. f path. An. und. ys.* Berlin, 1874, t. LX, p. 66.

(10) *Loc. cit.*

(11) H. DE RIEUX. *Considérat. sur l'étrangl. de l'intest. dans la cavité dom. et sur un mode d'étrangl. non décrit par les auteurs.* Th., Paris, 853, n° 128.

Les *hernies dans la fossette intersigmoïde*, plus rares, paraissent cependant avoir été observées par A. Cooper, sous le nom de hernies mésocoliques.

Treitz, Rokitansky les décrivent en les appelant *hernia intersigmoïdea* et Gruber, *hernia hyposgatrïca sinistra*.

Ces hernies, comme les hernies sous-cæcales et à l'inverse des hernies dans la fossette duodéno-jéjunale ne contiennent généralement qu'une anse intestinale et ont plusieurs fois donné naissance des phénomènes d'étranglement.

Note sur la pathogénie du doigt à ressort; théorie articulaire, par M. POIRIER.

En dehors des cas où il succède à un traumatisme, le doigt à ressort reconnaît comme cause principale le rhumatisme. La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question s'accordent pour attribuer le phénomène à la rencontre d'un point épaissi de la gaine ou de l'aponévrose et d'une nodosité du tendon fléchisseur. Menzel, puis Blum ont institué d'ingénieuses expériences et reproduit le phénomène en déterminant artificiellement un renflement du tendon. J'ai eu l'occasion d'étudier deux cas de doigt à ressort : dans l'un je crus sentir une nodosité, dans l'autre je ne pus saisir autre chose qu'une déformation des extrémités osseuses. Pour expliquer ces faits, dont l'un reconnaissait pour cause le traumatisme, j'ai entrepris un certain nombre d'expériences dont je viens vous communiquer les résultats, en vous présentant les pièces à l'appui.

Le doigt à ressort d'origine traumatique est très facile à reproduire; il suffit d'exagérer la flexion et l'on voit alors la jugulaire glénoïdienne venir dépasser brusquement et accrocher le tubercule qui termine en avant la surface articulaire des métacarpiens. Voici plusieurs doigts sur lesquels j'ai reproduit aisément le phénomène du ressort. L'expérience réussit surtout sur le pouce dont l'appareil sésamoïdien est plus indépendant et dont les tubercules sont très développés; mais on peut la réussir aussi sur d'autres doigts. Je pense en conséquence que dans certains cas le doigt à ressort d'origine traumatique résulte de l'accrochement du ligament glénoïdien aux tubercules du métacarpien.

La déformation des surfaces articulaires des têtes métatarsiennes, leur division par une arête plus ou moins tranchante en deux champs, phalangien et glénoïdien, peut aussi donner lieu au phénomène du ressort, au moment où le bord antérieur de la phalange franchit la crête. Cette déformation qui peut succéder à un traumatisme, mais qui résulte ordinairement de l'usure des surfaces sous l'influence de la diathèse rhumatismale, me paraît pouvoir appliquer le phénomène du doigt à ressort dans un certain nombre de cas.

Le doigt à ressort dit spontané peut être produit par d'autres agents. Voici plusieurs mains et un certain nombre de doigts sur lesquels le phénomène du ressort est manifeste. Pour les unes je l'ai obtenu simplement en laissant les articulations disséquées en contact avec l'air ; les ligaments se sont un peu rétrécis, la flexion est devenue difficile et elle s'achève brusquement à l'aller et au retour à la façon d'un ressort. Dans une autre série d'expériences, j'ai obtenu le phénomène du ressort en déformant les faces latérales des têtes métatarsiennes, simulant ces difformités que le rhumatisme produit parfois. J'incline à croire que le plus grand nombre des doigts à ressort dits spontanés sont produits par la rencontre des téguments avec quelque saillie latérale de la tête métatarsienne. M. Lejars m'a montré une articulation tibio-métatarsienne d'autruche ; cette articulation présente normalement un mouvement de ressort dû à la rencontre d'un tubercule osseux par un ligament latéral. Les déformations rhumatismales ne peuvent-elles créer chez l'homme des conditions identiques qui se traduisent par le même phénomène ? J'en suis convaincu.

Une étude attentive de l'appareil ligamenteux des articulations métacarpo-phalangiennes m'a montré que les ligaments latéraux étaient plus accentués et mieux séparés quand on les étudiait par leur face articulaire. Que l'un d'eux vienne à rencontrer une saillie latérale de la tête métatarsienne et le phénomène du ressort apparaîtra. Si la partie centrale de la sangle glénoïdienne vient à être épaissie, le même phénomène se produit.

Il existe dans la science un certain nombre d'autopsies de doigts à ressort dans lesquels les observateurs n'ont pu trouver autre chose que des déformations osseuses. M. Walther nous a présenté un orteil qui présentait avec des altérations

osseuses le phénomène du ressort. Un autre cas appartient à M. Villar. Existe-t-il des faits aussi nombreux et bien certains dans lesquels on ait constaté l'existence de la nodosité tendineuse que tout le monde s'accorde à accuser ? J'ai disséqué quelques mains depuis 10 ans que je suis à l'École pratique, j'en ai vu disséquer des milliers, et jamais il ne m'est arrivé d'observer une nodosité sur un tendon fléchisseur des doigts.

Pour toutes ces raisons je pense que la théorie articulaire du doigt à ressort, édifiée sur un grand nombre d'expériences, étayée par des autopsies, peut être applicable à la grande majorité des faits de doigt à ressort.

Parmi les obstacles qui transforment en mouvement de ressort le mouvement normal de l'articulation métacarpo-phalangienne, il faut joindre aux déformations osseuses de la tête métacarpienne ou de la surface articulaire, les altérations des ligaments. Sur quelques-unes des articulations que j'ai disséquées, j'ai rencontré ces hernies synoviales que l'on décrit au poignet sous le nom de ganglion ; il ne me paraît pas impossible que dans certains cas un de ces petits kystes puisse entraver le jeu d'un ligament et donner lieu au phénomène du ressort.

J'ai réussi à produire le ressort dans les articulations des phalanges entre elles et là encore, à mon avis, ce phénomène du ressort doit être produit par les mêmes causes frappant l'appareil articulaire dans un de ses éléments.

Le mouvement de ressort est possible dans certaines grandes articulations : j'en connais un cas pour le genou et j'espère vous en apporter l'observation.

En remarquant que les ligaments latéraux s'insèrent sur les faces latérales de la tête métacarpienne, que cette tête n'est point géométriquement un segment de sphère, mais que le point de jonction des parties glénoïdienne et phalangienne est le plus éloigné du centre d'insertion des ligaments, on comprend que dans certains cas, il suffira d'une très légère déformation des surfaces articulaires pour permettre le phénomène du ressort. Lorsque les champs phalangien et sésamoidien au lieu de se continuer par une courbure insensible seront séparés par une arête plus ou moins tranchante, il y aura là un point où l'équilibre articulaire sera très instable dans le mouvement de flexion ; pour franchir ce point, qui

est le plus éloigné du centre d'insertion des ligaments latéraux, ces ligaments devront s'allonger; une fois ce point franchi ils reviendront brusquement à leur longueur première en entraînant la phalange avec eux. Donc, deux facteurs interviennent dans la pathogénie du doigt à ressort; 1° des déformations des extrémités osseuses; 2° l'élasticité des ligaments.

La série animale présente des exemples de deux variétés de doigt à ressort : chez l'autruche, comme nous l'a montré M. Lejars, il est produit par une éminence osseuse qui arrête momentanément le ligament ; mon ami M. Alexis Julien a bien voulu disséquer pour moi un genou de dinde sur lequel le mouvement de ressort résultait du passage sur la glène tibiale d'un point de la surface articulaire plus éloigné que les autres du centre d'insertion des ligaments latéraux ; d'où équilibre instable, appel à l'élasticité des ligaments, et réaction des ligaments allongés.

Je pense que le doigt à ressort que l'on observe parfois chez l'homme ne relève pas toujours des mêmes causes ; mais que dans l'immense majorité des cas, il est *d'origine articulaire* et s'opère par l'un quelconque des mécanismes que j'ai exposés.

Une grosse objection peut être faite à la théorie articulaire : c'est cette sensation de nodosité suivant les mouvements du tendon que presque tous les observateurs ont trouvée.

Je pense qu'il n'y a là que l'exagération d'un phénomène normal. Je viens de prendre entre le pouce et l'index l'articulation métacarpo-phalangienne de mon annulaire, et, comme je fléchissais ce doigt, j'ai senti une nodosité ou rugosité cheminant sous ma pulpe. Un clinicien émérite, le professeur Trélat, a fait avec le même résultat la même exploration.

Cette sensation est peut-être due à ce fait que le tendon quittant le plan concave de la phalange vient passer sur le plan convexe de la tête métacarpienne et entre ainsi plus directement au contact avec le doigt explorateur ?

M. WALTHER. J'ai présenté, il y a quelques années, à la société anatomique une pièce d'orteil à ressort provenant d'une vieille femme atteinte d'arthrite sèche. L'extrémité intérieure de la phalange présentait une crête transversale

divisant très nettement la surface articulaire en deux plans. Le ressort de la phalangine était très net et se reproduisait à chaque mouvement de flexion et de tension. Il s'agissait donc bien là d'un orteil à ressort produit par des déformations des surfaces articulaires.

Enfin il ne faut pas oublier que le doigt à ressort peut guérir.

M. BROCA fait observer que le passage du ligament latéral sur une tubérosité osseuse au niveau de l'articulation dite genou chez les oiseaux, est une disposition vulgaire. Elle est en particulier signalée chez les échassiers, et explique comment la patte, transformée en une tige rigide, peut servir d'appui pendant des heures sans qu'intervienne la fatigue musculaire (Giraud-Teulon, article Locomotion du *Dict. encycl. des sciences médicales.*)

M. HARTMANN. Ayant parcouru il y a quelque temps le manuscrit d'une thèse, qui doit être passée ces jours-ci, celle de notre collègue Carlier, je puis vous mentionner brièvement quelques faits qui y sont relatés et qui permettent d'établir à côté du doigt à ressort classique, dépendant d'une *altération de la gaine ou du tendon*, un doigt à ressort d'*origine articulaire*, se produisant par un mécanisme analogue à celui dont M. Poirier vient dans son intéressante communication, de nous décrire un type.

Des faits anatomiques déjà anciens de Kœnig, de Steinthal, deux inédits d'Ættinger, de Villar, des observations cliniques de Halm, de K. Fieber, de Quénu, lui ont permis d'en établir l'existence. Sur la pièce de Kœnig il existait sur la surface articulaire de la première phalange une saillie inégale qui, à un certain degré de flexion de l'articulation, produisait une tension des ligaments latéraux. Le mouvement continuant, la saillie articulaire cessait d'être le pivot du mouvement de flexion et d'extension, il en résultait une détente brusque des ligaments latéraux, détente qui s'accompagnait du ressort. Sur le doigt disséqué par Steinthal, la cause du ressort résidait dans des alternatives de tension et de détente des ligaments latéraux, etc. Le fait de la possibilité d'un ressort d'origine articulaire est du reste bien établi pour les orteils à marteau, qui tous peuvent donner lieu au phénomène du

ressort, comme l'a noté M. Blum dans sa chirurgie du pied.

Mais ce n'est là qu'une variété en somme assez rare du doigt à ressort; à l'ordinaire il s'agit d'une *affection de la gaine ou du tendon*. Le fait semble probable à la simple lecture des observations : production du ressort à la suite de frottements répétés de la gaine, liés à la profession du malade ; constatation directe d'une nodosité, disparition quelquefois des symptômes par le repos et la révulsion exercée sur la gaine.

Le fait que le doigt à ressort peut n'être que le résultat d'une disproportion entre le volume d'un point du tendon et le calibre de quelques points de la gaine est du reste établi d'une manière péremptoire, non seulement par l'expérience si connue de Menzel (nouer une ficelle sur un tendon fléchisseur) mais encore par les résultats de l'intervention chirurgicale dans quelques cas où l'on y a eu recours. Chez un malade, Leisrnink ouvre la gaine, excise une nodosité tendineuse appartenant au fléchisseur profond, le ressort disparaît. Voilà un doigt à ressort dépendant indiscutablement d'un épaississement tendineux localisé. Voici maintenant un autre fait qui établit d'une manière non moins indubitable l'influence d'un rétrécissement partiel de la gaine. Nous l'avons entendu relater par notre maître Lannelongue. Ayant constaté chez un malade porteur d'un doigt à ressort l'existence d'une nodosité, il fit une incision, et enleva une nodosité extérieure à la gaine, qu'elle comprimait, le ressort disparut.

Ces exemples suffiront pour maintenir, à côté du doigt à ressort d'origine articulaire, dont M. Poirier vient d'étudier très complètement une variété expérimentale, un doigt à ressort d'origine vagino-tendineuse qui même, croyons nous, est, en pratique, autrement fréquent que le doigt à ressort d'origine articulaire.

M. POIRIER. Je ne sais ce que peut contenir la *future* thèse de M. Carlier, je sais seulement que M. Carlier ayant pris que j'avais fait dans le temps quelques recherches sur la pathogénie du doigt à ressort, m'a fait l'honneur de demander mes idées sur ce sujet.

J'ai repris mes expériences pour sa thèse dans laquelle

elles doivent paraître in intenso avec quelques remarques sur l'anatomie et la physiologie des articulations de la main. Ce travail contient-il quelques faits réfutant ou corroborant ceux que je viens de présenter, je l'ignore. Mais je répète que le mode pathogénique que je viens d'exposer me paraît applicable non seulement à la pathogénie, mais encore à la plupart des cas de doigt à ressort spontané.

L'expérimentation montre en effet qu'il se produit dans les conditions que j'ai indiquées, surtout sur les doigts privilégiés, annulaire et pouce. Quant à l'argument tiré de la guérison possible d'un certain nombre de doigts à ressort, je crois qu'il plaide autant en faveur de l'origine articulaire du doigt à ressort qu'en faveur de la nodosité tendineuse ; s'il est facile de comprendre que le massage et un traitement anti-rhumatismal rendent à une articulation ses mouvements normaux, il me paraît plus difficile d'admettre que les mêmes agents triomphent de la nodosité tendineuse.

Phénomènes apoplectiformes. — Œdème et lésions anciennes du cerveau et de la protubérance. — Kystes du foie et des reins, par M. NICOLLE, interne des hôpitaux.

La nommée Pap..., âgée de 76 ans, entre le 12 février 1889, à l'infirmerie de la Salpêtrière, service de M. le Dr Joffroy. Cette malade étant dans le coma, nous avons dû nous adresser à la surveillante de son dortoir pour avoir quelques renseignements sur elle. Voici ce que nous avons pu recueillir à cet égard : « Pap... a été admise à la Salpêtrière en 1880. Depuis ce temps, sa santé a toujours été satisfaisante, sauf en 1887, où elle a fait un séjour d'un mois à l'infirmerie pour de la diarrhée, accompagnée de fièvre ; elle n'a jamais toussé. Le 12 février 1889, à 2 heures du matin, elle est tombée de son lit en voulant se lever. A six heures, la surveillante l'ayant questionnée à ce sujet, et lui ayant demandé où elle avait mal, la malade a répondu : à la tête. L'après-midi, elle a pu descendre trois étages, soutenue, il est vrai, par deux infirmières, aller de son dortoir à l'infirmerie et remonter encore un étage pour gagner la salle Pinel ». Tout autre est l'état qu'elle a présenté le 13 à la visite du matin.

Nous l'avons trouvée dans le coma, avec une déviation marquée et permanente de la tête vers la gauche (sans déviation des yeux). La parole est absolument incompréhensible. Il ne semble point d'ailleurs qu'elle arrive à comprendre ce qu'on lui demande. La résolution musculaire est modérée du côté droit, le côté gauche, au contraire, est nettement paralysé. On y constate la déviation faciale

classique et mince, en plus, une faiblesse de l'orbiculaire qui ne résiste point quand on cherche à ouvrir l'œil comme le fait son congénère.

Le membre supérieur gauche est moins paralysé que l'inférieur. Celui-ci repose par son bord externe sur le plan du lit et retombe quand on l'a momentanément ramené à la rectitude.

Sur le corps, on constate un certain nombre d'ecchymoses, presque toutes à la face externe des membres du côté gauche. Langue humide, nettement déviée à gauche. Respiration accélérée (25 mouvements respiratoires par minute), sans stertor. Murmure vésiculaire affaibli, principalement aux bases et en arrière; en ces points, râles sous-crépitants moyens, peu abondants, sourds, uniquement inspiratoires. Cœur inauscultable.

Pouls 164, régulier, petit.

Température centrale, 40°.

Gargouillement généralisé dans l'abdomen, coïncidant avec une abondante diarrhée fétide. Pas de traces d'eschares.

Mort le 14. (Le 13 au soir, 38°, 2, le 14 au matin, 40°). Sans qu'on ait pu se procurer des urines.

AUTOPSIE, le 15 au matin. Œdème cérébral très accentué. Athérome modéré des artères de la base. Pas de lésions corticales ou méningées. Dans les noyaux gris centraux, état criblé typique avec un certain nombre de pseudo-kystes résiduels, variant du volume d'une grosse tête d'épingle à celui d'une petite lentille. Leur siège de prédilection est le noyau lenticulaire. Il y en a quatre à gauche et deux à droite, mais c'est de ce dernier côté que siège le plus grand de tous. Dans le mésocéphale, on trouve deux autres pseudo-kystes à droite et en arrière du point où passe le faisceau pyramidal.

Rien au cervelet ni au bulbe.

Le cœur pèse 300 gr. Il est le siège d'une adipose marquée. Les orifices sont sains et les coronaires très modérément athéromateuses.

Les poumons ne présentent qu'une légère congestion aux bases.

Le foie pèse 880 gr. Son volume est diminué. A la surface se voient de nombreux kystes, la plupart miliars, quelques-uns cependant plus volumineux (l'un de ces derniers atteint le diamètre d'une pièce de cinquante centimes) remplis d'un liquide citrin. La capsule qui les recouvre est plissée et comme trop grande pour le foie atrophié. Ce plissement prédomine au niveau des bords et du lobe gauche. L'organe est mou, on y voit à l'œil nu un degré assez intense de stéatose portobiliaire prédominant en certains points sous forme de taches jaunes qui occupent une région plus ou moins considérable de la surface ou de la coupe. Aucun kyste à l'intérieur. Par contre on constate avec la plus grande facilité la présence d'un nombre assez considérable d'angiomes biliaires presque tous sous-capsulaires et qui montrent de la façon la plus manifeste, même au seul examen macroscopique, tous les termes de l'évolution connue des tumeurs hépatiques dus à cette lésion. Vésicule biliaire tuméfiée et remplie d'une bile foncée. Un calcul rond, du volume d'un gros grain de cerise, occupe le fond de la cavité cystique.

Les reins présentent chacun 90 gr. Ils sont atrophiés. Laxité de la

capsule, qui se détache facilement ; laxité énorme et mollesse du parenchyme qui, macroscopiquement, ne paraît en aucun point scléreux. Surface un peu granuleuse, recouverte de kystes en nombre peu considérable et congestionnée. A la coupe quelques kystes profonds, atrophie et opacité de la substance corticale qui offre l'aspect graisseux. Adiposité très marquée de l'enveloppe celluleuse du rein et du hile.

La rate offre un poids de 80 gr. Atrophie avec pincement de la capsule et légère augmentation de la densité de l'organe.

Rien à noter du côté de l'estomac.

Psorentérie très marquée sur *l'intestin grêle et le gros intestin*.

Atrophie utérine.

Embonpoint apparemment modéré du cadavre, mais adiposité de la paroi abdominale très prononcée.

Les urines recueillies dans la vessie à l'autopsie ont offert les caractères suivants : Albumine très abondante. Pas de sucre. Diminution de l'urohématine. L'urobiline est un peu plus abondante que dans l'urine normale. L'acide chlorhydrique et le chloroforme montrent une assez grande quantité d'indican.

RÉFLEXIONS. — Nous relevons dans l'observation qui précède deux points qui nous paraissent avoir une certaine importance : la nature des phénomènes apoplectiformes et la coexistence des kystes hépatiques et rénaux.

Bien que les signes cliniques fussent en faveur de l'hypothèse d'un ramollissement cérébral, étant donnée leur évolution même, nous avons cru (et telle était l'opinion de notre maître, M. le Dr Joffroy) faire des réserves et nous en tenir au diagnostic de phénomènes apoplectiformes. Nous pensions plutôt être en présence de modifications aiguës se produisant autour d'un foyer cortical.

L'autopsie nous a porté à admettre au contraire que la cause première des accidents était d'ordre rénal, mais que cette cause avait trouvé un puissant adjuvant dans l'existence de lésions centrales anciennes, constituant un lieu de moindre résistance.

Il semble bien qu'on doive voir ici un exemple d'insuffisance rénale déterminant le type de l'apoplexie séreuse. Pourquoi l'hémiplégie gauche avec déviation de la tête du même côté ? nous ne saurions l'expliquer rigoureusement par les lésions trouvées à l'autopsie.

Quant aux kystes du foie et des reins ils présentent ceci d'intéressant qu'ils sont développés sur les organes ne paraissant nullement scléreux, fait conforme à ce qu'on sait de leur évolution propre et active ; de plus ils sont plus abon-

dants au foie qu'aux reins, contrairement à la plupart des cas cités jusqu'à présent, croyons-nous.

Kyste dentifère du sinus maxillaire pris pour un sarcome du maxillaire supérieur et traité par la résection, par M. GÉRARD MARCHANT, chirurgien des hôpitaux. Examen histologique par M. ALBARRAN, interne médaille d'or des hôpitaux.

Fillette de 10 ans, entrée le 15 novembre 1888 (salle Giraldès, lit 16), dans le service du professeur Lannelongue, que j'avais l'honneur de suppléer. Dans l'observation qui m'a été remise par M. Canniot, interne des hôpitaux, je trouve notés comme antécédents héréditaires, la tuberculose pulmonaire, à laquelle la mère a succombé, et comme antécédents personnels une conjonctivite purulente à la naissance, avec atrophie du globe de l'œil consécutive.

Le début de l'affection qui la fait entrer à l'hôpital, a été insidieux. Il y a 6 mois l'enfant a accusé des douleurs dentaires à gauche. La déformation du visage n'existe que depuis deux mois.

Le 15 novembre son état est le suivant : il existe une asymétrie faciale assez marquée ; du côté gauche la racine et l'aile du nez sont soulevés, le sillon naso-labial a disparu : la joue à ce niveau est soulevée par une tuméfaction du volume d'une grosse noix qui remonte le long du nez et a effacé le sillon naso-génien : dans ses différents points la peau a conservé son aspect normal : la pression est légèrement douloureuse. L'œil gauche est sain, et il n'y a pas de larmoiement.

Lorsqu'on fait ouvrir la bouche, on aperçoit à gauche, au niveau de la fosse canine et se prolongeant en arrière, la tumeur qui bombe : son volume en ce point est celui d'une grosse noisette, la muqueuse qui la recouvre est fortement teintée en rose, et *couverte d'arborisations vasculaires* : la 1^{re} petite molaire est tombée spontanément, les suivantes sont mobiles : les gencives sont tuméfiées.

La consistance de la tumeur est variable suivant les différents points : en avant du côté de la joue, elle est ferme, résistante ; du côté buccal on a la sensation de mollesse, sans fluctuation. Pas de crépitation parcheminée.

Si du côté de la voûte palatine on ne constate qu'un refoulement douloureux, incertain, on aperçoit dans la fosse nasale gauche, et sur la face externe un prolongement.

Le développement de cette tumeur s'est fait rapidement depuis deux mois, mais sans amener de trop vives douleurs et de troubles de la santé générale.

Pas d'engorgement ganglionnaire.

Me basant sur le développement relativement rapide de cette tuméfaction, sur les douleurs, la chute et l'ébranlement des dents, les arborisations de la muqueuse gingivo-génienne, enfin sur cette consistance qui écartait l'idée de fluctuation, je portai le diagnostic sarcome, et je proposai à la famille la résection du maxillaire supérieur, opération qui fut acceptée et pratiquée le 23 novembre.

Je ne veux insister que sur un détail opératoire : au moment où

j'incisai les parties latérales du nez pour introduire la pince coupante destinée à sectionner la branche montante, je tombai en plein prolongement nasal, et il s'écoula du liquide jaunâtre : la pince coupante ouvrit un autre prolongement en boyau situé plus haut.

Plaie suturée au crin de Florence ; du côté de la plaie buccale gaze iodoformée fortement tassée. Sonde œsophagienne à demeure. Lavages de la bouche à l'eau chloralée à 2 0/0.

Le 28 novembre 1^{er} pansement : je transcris la note de M. Canniot. « La plaie est réunie par première intention, sauf sur une étendue de 1/2 c. au dehors de l'angle de l'œil. »

Le 15 décembre la guérison était complète, et le vaste *hiatus de la voûte palatine* comblé.

En janvier la fillette partait pour la maison de convalescence d'Epinau.

Examen anatomique de la pièce, par M. ALBARRAN.

« Il s'agit d'un kyste dentifère à épithélium pavimenteux logé dans l'intérieur du sinus maxillaire.

La poche kystique est simple, uniloculaire, à surface interne légèrement rugueuse. Logée dans la paroi et faisant saillie par sa couronne dans la cavité, se trouva la canine de remplacement qui est fort bien développée.

On constate facilement en examinant ces pièces que le kyste s'est développé dans l'intérieur du sinus maxillaire, dont les parois ont été écartées par la poussée excentrique due à l'agrandissement du kyste.

Sur une coupe histologique de la paroi on constate la présence de deux couches bien distinctes : une profonde formée par un tissu conjonctif et une autre superficielle disposée en revêtement épithélial.

Rien à noter dans la portion conjonctive, si ce n'est la structure de plus en plus cellulaire du tissu à mesure qu'on se rapproche de la couche épithéliale et l'abondance des vaisseaux sanguins. Au niveau de la racine de la dent implantée, on voit les fibres conjonctives se continuer dans le ciment sous forme de fibres de Sharpey.

La couche épithéliale est formée par des cellules pavimenteuses étagées sur plusieurs plans. Par places on voit des enfoncements peu considérables de la couche épithéliale dans la portion conjonctive de la paroi.

L'étude de ce kyste confirme donc en tous points la description générale des néoplasmes de ce genre que j'ai donnée naguère.

Je ne reviendrai que sur deux points importants au point de vue pratique. Comme je l'avais montré, contrairement à l'opinion de M. Magitot, les kystes dentifères peuvent se développer dans l'intérieur du sinus maxillaire. Il faut connaître ce détail pour éviter, dans des cas analogues à celui de M. Gérard Marchant, les erreurs de diagnostic dues aux prolongements nasaux.

La présence d'une couche épithéliale et les bourgeons que cette couche envoie dans l'épaisseur de la paroi, démontrent la nécessité d'une intervention chirurgicale plus sérieuse que le simple drainage. L'existence de l'épithélium explique la très longue durée du traitement par le drainage (plusieurs mois), car le bourgeonnement de la paroi est difficile. Les bourgeons épithéliaux nous montrent la possibilité des récidives se faisant sous forme de kystes simples ou d'épithéliomas polykystiques malins, comme j'en ai moi-même rapporté un exemple. »

J'ai commis une erreur de diagnostic et pratiqué une intervention large que ne justifiait pas la gravité du mal.

Je pourrais excuser mon erreur en citant les noms de chirurgiens célèbres auxquels l'histoire rapporte que pareille méprise est arrivée ; il est plus utile de rappeler les signes qui m'ont trompé et de chercher en quoi mon examen clinique a péché.

Certainement le développement rapide, l'ébranlement des dents et leur chute, les douleurs, l'absence de fluctuation et la consistance inégale, les prolongements nasaux devaient me faire dire sarcome, mais immédiatement je devais faire une contre-épreuve, *m'attarder sur l'état de la dentition, et faire une ponction exploratrice* : « celle-ci (écrit M. Albarran dans son remarquable mémoire sur les kystes des mâchoires), pratiquée pour déterminer l'existence d'un kyste peut, si le trocart rencontre une dent implantée, dans la paroi, ou libre dans la cavité du kyste, renseigner en même temps sur la nature du kyste ».

L'erreur évitée, la thérapeutique était toute différente, et j'aurais agi comme mon ami M. Albarran le conseille, et l'a pratiqué chez trois malades avec plein succès.

« La muqueuse buccale est incisée au niveau du sillon gingivo-labial, et le kyste étant vidé, on résèque la plus grande étendue possible de ses parois : cette dissection est facile, car la paroi externe de ces kystes se trouve doublée par une couche de tissu cellulaire lâche qui la sépare des parties voisines. Si une portion de la paroi ne peut être extirpée, on gratte avec la curette sa surface interne, et la plaie est pansée en bourrant la cavité avec de la gaze iodoformée. » (Note remise par Albarran.)

M. BAZY a vu récidiver un kyste développé aux dépens d'une dent surnuméraire, traité par le grattage.

M. ALBARRAN. La récurrence se fait souvent sous forme de tumeur multiloculaire.

alle de revolver logée dans la paroi externe de l'œil, par M. E. VALUDE.

La pièce anatomique dont il s'agit est un exemple curieux de la sistance dont est capable la coque oculaire ; une balle de revolver a

été trouvée enchâssée dans la sclérotique et aplatie en ce point terminal de sa course. L'histoire clinique est la suivante :

Un jeune homme de 21 ans se tirait au mois de septembre dernier un coup de revolver, calibre 7 millimètres, au-dessus du sourcil gauche, et à la partie interne de cette région. Le projectile, après avoir pénétré obliquement de haut en bas, et de dedans en dehors, se perdit dans l'orbite. Les premiers accidents consistèrent en un exorbitis énorme, et en un gonflement de toute la région tellement accusé, que les paupières ne pouvaient être ni mobilisées, ni soulevées. L'œil lui-même était distendu par une hémorrhagie qui le rendait inéclaire.

Le malade entra en cet état à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Verneuil, suppléé à ce moment par M. Jalaguier, et comme le diagnostic de la situation de la balle était peu aisé à préciser, il fut traité par des applications antiseptiques, antiphlogistiques. M. Jalaguier pensait que le projectile avait dû traverser l'orbite, en lésant plus ou moins le globe de l'œil, ou le nerf optique, et se loger dans le fond inférieur de la cavité orbitaire. Après quelques jours, les symptômes rétrocedèrent, l'œil revint à son volume normal, puis peu à peu s'atrophia ; c'est en cet état que ce malade se présente à notre consultation des Quinze-Vingts, le 10 février 1879.

La cavité orbitaire gauche est occupée par un moignon oculaire très atrophié, dont la cornée a presque totalement disparu, faisant place à un tissu cicatriciel, d'apparence scléroticale. Ce qui nous frappe, c'est qu'en soulevant la paupière supérieure, nous apercevons en haut et en dedans, une saillie noirâtre, qui semble sortir du moignon oculaire. C'était la balle du revolver, déformée et semi-aplatie, qui semblait à demi engagée dans l'épaisseur de l'œil. L'enucléation de ce moignon d'œil fut faite le lendemain, et la section de la pièce nous permit de reconnaître ce fait, que la balle n'avait nullement pénétré dans l'intérieur de l'œil, et qu'elle n'avait fait que déprimer la sclérotique, s'enchâsser dans la cupule ainsi formée. Le tissu épiscéral, la conjonctive, avaient, par des adhérences multiples, fixé le corps étranger en cette place. Dans l'intérieur de l'œil atrophié, on remarquait des lésions très accusées, résultat et du traumatisme initial, et aussi probablement de la présence prolongée de la balle dans la logette artificielle de la sclérotique. C'était, en peu de mots, une irido-choroïdite régressive, et une cataracte régressive aussi ; le cristallin étant complètement appliqué à la cornée atrophiée.

La balle était déformée, et présentait des stries en un point correspondant probablement à l'endroit qui avait dû frapper obliquement le rebord orbitaire supérieur. La partie qui avait enfoncé (sans la défoncer) la sclérotique, était manifestement aplatie.

Donc le projectile, après avoir pénétré au-dessus du sourcil, avait contouré le rebord orbitaire en se déformant, puis il était venu s'aplatir contre l'œil, sans même amener de rupture de cet organe.

Cette observation nous paraît pouvoir engendrer les réflexions suivantes :

1° Les balles de revolver ordinaire ont une force de projec-

tion et de pénétration assez peu considérable, puisque après un court trajet de 3 à 4 cent. elles sont impuissantes à traverser un œil alors qu'elles le frappent *normalement*.

2° La coque oculaire au contraire offre une résistance considérable au choc; les ruptures traumatiques qu'on observe assez fréquemment doivent tenir moins à la force du coup qu'à la direction de celui-ci et à son point d'application. On sait en effet qu'un simple coup de poing (et c'est la cause habituelle des ruptures oculaires) donné sur la partie antérieure de l'œil entraîne fréquemment une rupture oculaire par contre-coup.

Peut-être en pareil cas la rupture s'explique-t-elle par ce fait que l'œil frappé d'avant en arrière ne peut échapper en aucune manière au choc, appuyé qu'il se trouve en arrière, contre le fond de l'orbite, tandis que dans le fait de notre malade le projectile avait atteint le globe de côté laissant à cet organe la possibilité d'éviter une partie du choc par un mouvement de rotation.

Ce qui nous permettrait de croire à la réalité de cette explication, c'est la difficulté, l'impossibilité même de produire une rupture traumatique de l'œil chez les lapins. Ces animaux en effet sont pourvus d'un muscle rétracteur du globe qui permet à l'œil un mouvement de recul dans l'orbite, lequel a pour effet de rendre inefficace la plus grande partie d'un choc direct antéro-postérieur. Nous avons souvent essayé, au cours d'expériences, de rompre l'œil du lapin par un coup porté directement sur cet organe, et jamais nous n'avons pu y parvenir, tandis que l'œil humain, privé de cette faculté tutélaire du recul, se rompt assez aisément dans les mêmes conditions.

Hémiplégie alterne et nystagmus limité à l'œil du côté paralysé causée par un gros tubercule caséeux occupant la moitié droite du mésocéphale et le pédoncule cérébral droit, ayant évolué chez un enfant de 4 ans sans avoir provoqué aucune lésion tuberculeuse périphérique et indépendante de toute autre détermination tuberculeuse, par M. G. CAUSSADE, interne des hôpitaux.

Chicot (Charles-Alexandre), âgé de 4 ans, est entré salle Legendre, 1 mois de septembre dernier, pour une parésie du membre supérieur

gauche et de la jambe du même côté. La marche était impossible ; l'enfant avait une grande difficulté à se servir de son bras. Mais on ne constatait aucune trace d'anesthésie et il n'y avait aucune différence d'aspect et de volume entre les 2 côtés.

On constatait du ptosis de la paupière droite, du strabisme externe de ce même côté et de la mydriase. En même temps l'œil droit était continuellement agité d'un mouvement lent et régulier qui portait la pupille dans le sens transversal et aussi un peu obliquement en haut et en bas ; mais ces mouvements se passaient dans la partie externe de l'ouverture palpébrale et la pupille ne dépassait guère la partie médiane de cette ouverture. L'œil gauche était fixe et regardait bien les personnes qui parlaient à l'enfant. L'examen de l'œil n'a malheureusement pas été fait.

On constatait la paralysie des muscles de la face ; la commissure était portée en avant et tirée en dedans, la salive s'écoulait continuellement à son niveau ; la langue était déviée à gauche. Le petit malade parlait un peu, appelait sa mère, l'infirmière, mais moins souvent qu'autrefois, ce qui semblait tenir plutôt à de la torpeur intellectuelle qu'à la difficulté d'articuler les mots.

Si on mettait l'enfant dans la position assise il tenait sa tête droite, mais il se fatiguait vite et la remplaçait aussitôt sur l'oreiller en la rejetant un peu en arrière. Pas de paralysie des sphincters, rien dans l'urine ; aucun symptôme du côté des viscères thoraciques ou abdominaux, pas de fièvre.

Devant ces signes précis le diagnostic d'hémiplégie alterne s'imposait, avec lésion de la protubérance et de la partie supérieure du bulbe à droite.

Mais en fouillant les antécédents il était impossible de se prononcer sur la nature de la tumeur. Le père avait eu dans son enfance de fréquentes attaques consistant en chutes sans perte de connaissance, attaques durant peu de temps et sur lesquelles il a été impossible d'avoir des renseignements exacts. La mère était bien portante, était « nerveuse et irritable », suivant sa propre expression. Rien de précis encore de ce côté. Il y avait bien 2 sœurs dont l'une était constamment malade, disait la mère, et se plaignait continuellement du ventre, mais c'était tout ce que nous pouvions obtenir d'elle.

Sur les antécédents du petit malade la mère donnait des renseignements plus précis, mais pas de nature à nous éclairer sur la nature de la tumeur.

L'année dernière, en 1887, l'enfant avait eu des convulsions et des céphalalgies assez violentes ; en 1888, il était entré dans le service pour des convulsions, lesquelles ne se sont pas produites pendant les 6 jours qu'il a passés dans le service.

Au mois d'avril 1888 la mère avait remarqué que l'enfant avait les membres gauches enflés, mais il ne paraissait pas en souffrir ; l'enfant dormait bien, était gai, avait conservé l'appétit, marchait comme d'habitude. Par contre il était constipé et urinait peu. Au bout de deux mois environ l'œdème avait disparu.

Vingt jours avant son entrée à l'hôpital, l'enfant cessait subitement de marcher ; les deux jambes étaient faibles, non œdématisées, le bras gauche parésié : l'enfant s'en servait encore un peu. Il était complètement abattu, il était complètement indifférent à ce qui se passait

autour de lui, bavait constamment, accusait des douleurs de tête.

Trois jours avant son entrée et pendant 3 jours il présentait des vomissements, une constipation opiniâtre les urines devenaient rares et à aucun moment l'enfant ne présentait de la fièvre. Amaigrissement rapide en quelques jours. La mère n'avait fait aucune autre constatation, bien que la paralysie faciale dût exister à ce moment, ce dont semblait témoigner le bavage continu.

L'enfant a passé à l'hôpital trois mois. Il est resté pendant un mois dans un état stationnaire, identique à celui de son entrée, malgré l'iodure de potassium. Il a présenté quelques vomissements et une légère constipation vers le milieu du second mois, c'est-à-dire du mois de novembre, époque à laquelle les membres hémiplégiques sont entrés en contracture, contracture ayant mis la jambe dans une flexion assez prononcée et tenace pour que, même en déployant une certaine force, on ne pût l'étendre facilement et d'une façon complète.

Pendant les derniers jours du mois de novembre l'enfant perd l'appétit et présente quelques signes mal caractérisés de méningite, c'est-à-dire quelques rougeurs et pâleurs alternatives de la face, une vraie méningitique lente à se produire, de l'incontinence des réservoirs, et une grande difficulté à avaler qui a été le dernier symptôme en date à pronostic fatal et qui fut, comme toujours, un signe à brève échéance. L'enfant est resté pendant toute cette période de temps (25 novembre-18 décembre) dans le coma sans présenter aucune convulsion ni phénomène autres que ceux signalés plus haut.

A aucune période de la maladie la température n'a dépassé la normale.

AUTOPSIE, le 19 décembre. — Cadavre émacié, squelettique. Les *organes thoraciques* étaient absolument sains et ne présentaient pas trace de tuberculose. Le *gros intestin*, bondé de cybales, était sain aussi. Le *foie* était très congestionné. L'*estomac sain*. La *rate*, les *reins* ne présentaient aucune lésion macroscopique.

A l'ouverture du crâne et des *méninges* écoulement assez abondant de liquide céphalo-rachidien; les vaisseaux de la pie-mère sont un peu injectés; aucune trace de tuberculose.

L'*encéphale* étant extrait de la boîte crânienne, on s'aperçoit que la paroi inférieure du 3^e ventricule est effondrée; le pédoncule cérébral droit est complètement détruit, réduit en bouillie; le pédoncule cérébral gauche est aux 2/3 détruit; il n'en reste plus qu'une légère portion de l'étage supérieur; la partie qui existe encore et qui sert à maintenir les relations entre le bulbe et le cerveau n'est pas saine. Elle est ramollie; aussi à la moindre traction le mésocéphale se détache-t-il du cerveau. A la partie antérieure de la protubérance on aperçoit la saillie d'une masse dure, d'aspect ganglionnaire qui fait corps avec la protubérance. Le plancher du 4^e ventricule est sain dans toute la portion située au-dessous des bandes du *calamus scriptorius*; au-dessus il est recouvert d'une masse molle, rougeâtre, d'aspect colloïde, mais le sillon longitudinal est encore assez net. Une coupe antéro-postérieure de la protubérance et de la partie supérieure du bulbe pratiquée sur la ligne médiane, montre que cette portion des centres nerveux est entièrement transformée en gros tubercule, lardacé, induré, rougeâtre au centre, sans trace de ramollissement. Par sa couleur centrale, par sa forme, par sa consistance, par son volume il ne pour-

rait mieux être comparé qu'à un marron d'Inde examiné après section de sa partie centrale. Les coupes pratiquées sur le cerveau, le cervelet, n'y font reconnaître aucune lésion ; on n'en constate pas non plus ni du côté du chiasma ni du côté des bandelettes optiques.

L'examen microscopique de la moelle n'a pu être fait.

RÉFLEXIONS. — Cette observation classique, il est vrai, à plus d'un point de vue, mérite cependant de nous arrêter pour plusieurs motifs.

Elle est intéressante au point de vue clinique à cause de l'évolution rapide de la maladie qui a duré un an au plus et de la terminaison même de la maladie qui a tourné brusquement sans présenter de phénomènes de méningite et la moindre élévation thermique.

En effet, l'autopsie ne nous a pas révélé de lésion de voisinage témoignant de réaction inflammatoire autour du tubercule, qui s'est développé en s'enkystant de telle façon que nulle trace de tuberculose n'a été trouvée dans le reste de la substance cérébrale et que la méningite tuberculeuse, complication fœtale chez un enfant aussi jeune, n'a pas existé. Les convulsions ont manqué aussi à la fin de la maladie.

Il faut remarquer aussi que le tubercule du mésocéphale était le seul point de l'économie touché par la tuberculose et qu'il ne nous a pas été possible d'en découvrir dans d'autres organes, les organes thoraciques et abdominaux étaient entièrement sains.

Le tubercule du mésocéphale sans être rare n'est pas fréquent. Par son siège et son volume celui que nous montrons aujourd'hui est digne d'être signalé. Il offre la grosseur d'un marron, on pourrait dire d'un œuf de poule.

Le diagnostic du siège du tubercule a été fait d'une façon exacte dans le cas présent. Et parmi les signes qui ont servi à l'établir nous devons signaler le nystagmus. Révilliod dans sa thèse rappelle plusieurs observations de tumeurs cérébelleuses et de tumeurs siégeant dans la partie supérieure du 4^e ventricule comme étant accompagnées de nystagmus. MM. Cadet de Gassicourt et Abadie ont signalé une tumeur (kyste hydatique flétri) siégeant sur le plancher au 4^e ventricule et qui s'était accompagnée de nystagmus pendant la vie. D'autre part Darel détermine artificiellement chez des animaux, par l'excitation mécanique de l'angle supérieur du 4^e ventricule, à l'entrée de l'aqueduc de Sylvius, du nys-

tagmus. Cette observation peut apporter sa contribution à la valeur de ce signe comme symptôme de tumeur cérébrale ou bulbo-protubérantielle.

Je tiens à faire remarquer ce nystagmus qui ne siège que du côté paralysé à droite, à faire observer que la tumeur siège à droite. Ce signe peut donc servir encore à faire diagnostiquer le côté de la lésion.

Dans quelque temps je mettrai sous les yeux de la Société anatomique une tumeur du 4^e ventricule qui s'était accompagnée d'un nystagmus très marqué qui siégeait des 2 côtés. La tumeur dans ce cas est médiane.

Enfin, dernier détail à signaler, les pédoncules cérébraux étaient à peu près détruits dans leur totalité; il ne restait du pédoncule cérébral gauche que l'étage supérieur.

Chloro-anémie. — Ulcères multiples de l'estomac. — Péritonite aiguë par perforation de l'estomac, par M. GLOVER, interne provisoire.

Planchon, Gabrielle, âgée de 17 ans, entre dans le service de M. le Dr Gouguenheim, à Lariboisière, le 12 février 1889.

Antécédents héréditaires : ne présentent rien de particulier à noter.

Antécédents personnels : réglée à 15 ans, les menstrues ne se produisent que deux fois dans l'année. Constipée d'habitude, la malade observe cependant qu'à différentes reprises ses selles sont noires comme du goudron et diarrhéiques (mélæna, règles complémentaires). Depuis l'établissement des règles, pâleur de la face, des téguments et des muqueuses, palpitations, leucorrhée. Il y a deux mois, la malade a vomi deux fois en abondance du sang rouge rutilant. Vomissements alimentaires depuis quelques jours. Elle travaille jusqu'au matin du jour de son entrée à l'hôpital. Elle entre pour ses vomissements et parce qu'elle a eu le matin même à l'atelier une longue syncope.

12 février ; Pâleur de la face. Teinte cyanosée. Refroidissement des extrémités. Température, 36° 6. Pouls, 90. Douleurs abdominales intenses sans localisation précise. Pas de selles. Urines rares, très colorées, présentant un disque albumineux avec l'acide nitrique. Nausées, pas de vomissement. Foie et rate : rien d'anormal. Rien au cœur, ni aux poumons. *Traitement* : vessie de glace sur le ventre permanence.

Le 13 : Pâleur encore plus prononcée qu'hier. Sueurs profuses. Douleurs abdominales intenses, surtout épigastriques. Pas de vomissement. Pas de selles. Température, 36°. Pouls filiforme, incompressible. A midi : syncope. Piqûre d'éther. A 5 heures : décès.

AUTOPSIE, le 15. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve sur

les anses intestinales un exsudat péritonéal purulent. Liquide séro-purulent, à peine trouble et peu abondant.

Estomac (face antérieure) légèrement adhérent au feuillet pariétal du péritoine. En enlevant l'estomac, il se produit un écoulement du contenu de l'estomac dans la cavité péritonéale par une perforation de ce viscère siégeant à la partie moyenne de sa face antérieure, tout au voisinage de la petite courbure et plus rapprochée du pylorique du cardia.

Cette perforation irrégulièrement arrondie, de la dimension d'une lentille, occupe exactement le centre d'une ulcération de même arrondie et d'une dimension de 1 centim. de diamètre, à bords saillants et épaissis, taillés à pic ; présentant la disposition en terrasses ; la muqueuse offre la perte de substance la plus large. Aux environs de l'ulcère perforé se trouve un second ulcère moins étendu, mais aussi profond ; son fond est uniquement constitué par la tunique séreuse. Enfin, entre les deux et au-dessous, existe la cicatrice étoilée rétractile d'un ulcère ancien et guéri, cicatrice à laquelle repondent du côté de la face externe de l'estomac des adhérences très résistantes.

Face postérieure. Dans un point de la face postérieure de l'estomac correspondant à la région ulcérée de la face antérieure, se trouve un ulcère ayant mis la tunique musculaire à nu, arrondi, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, à bords saillants, et au voisinage de cet ulcère, il existe enfin une ulcération lenticulaire, petite, étroite mais très profonde, transparente au point qu'on s'étonne que le ramollissement cadavérique n'ait pas constitué une perforation *post mortem*.

Rien au duodénum, ni aux intestins. *Foie* et rate très anémiés. *Cœur* petit, myocarde décoloré. Pas de lésion valvulaire. *Poumons*, normaux. *Reins*, sains.

Ectopie congénitale des deux reins, par MM. POTHERAT, prosecteur, et MORDRET, aide d'anatomie.

La pièce provient d'une femme de l'École pratique. Les deux reins reposaient sur la partie inférieure de la fosse iliaque, débordant le détroit supérieur du bassin.

Le rein du côté droit est en grande partie détruit par une dégénérescence kystique, sans altération macroscopique de l'uretère correspondant.

Le rein du côté gauche est manifestement augmenté de volume, probablement par hypertrophie compensatrice ; son uretère est sain.

Ce double déplacement est congénital pour deux raisons :

1° Les capsules surrénales occupent leur situation normale et sont en rapport à distance avec les reins.

2° Les reins reçoivent leurs artères de plusieurs sources ; en effet, le rein droit reçoit deux artères de même volume, l'une supérieure se détachant de l'aorte immédiatement au-dessous de la mésentérique supérieure et passant en arrière de la veine cave ; l'autre inférieure, naissant à 3 cent. au-dessus de la bifurcation iliaque, au niveau de la mésentérique inférieure, mais passant au devant de la veine cave.

Le rein gauche reçoit 3 artères : une assez volumineuse et supérieure se détachant de l'aorte au-dessous de la mésentérique supérieure, en un point qui correspond à l'origine normale de la rénale, se divise d'abord en deux branches, une supérieure, l'autre inférieure. La première se subdivise en deux rameaux qui vont passer au devant des veines pour aller dans la moitié supérieure du rein. L'autre se subdivise également en deux rameaux qui passent en arrière des veines, gagnent le rein en arrière du bassin.

Une seconde, assez grosse, se détache de l'aorte à un centimètre au-dessus de l'origine de la mésentérique inférieure ; elle va se rendre à l'extrémité inférieure du rein en passant en arrière d'une veine correspondante, en avant de l'uretère.

Une troisième très grêle, naît de l'aorte au même niveau que la mésentérique supérieure, passe au devant de l'artère rénale supérieure, au devant des veines correspondantes, et gagne la partie moyenne du bord interne du rein.

Enfin ce sujet présentait une anomalie de siège d'une portion de son tube intestinal (duodénum). Cette portion de l'intestin grêle était située dans la partie inférieure de l'abdomen, au devant du détroit supérieur du bassin.

Cette anomalie congénitale des reins rappelle un fait signalé par l'un de nous à la Société, il y a 3 ans. Mais dans ce dernier cas, l'anomalie ne portait que sur le rein droit, en effet, dans les nombreuses observations d'ectopie congénitale du rein qui ont été relevées par le professeur Kundrat, de Vienne, on a très rarement noté l'anomalie des deux reins.

Sur l'anatomie topographique du duodénum, par JONNESCO, prosecteur provisoire à la Faculté, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de vous présenter une série de pièces anatomiques destinées à préciser certains points de l'anatomie topographique du duodénum.

Les auteurs classiques décrivent au duodénum 3 portions : une horizontale supérieure, une 2^e verticale, enfin une dernière horizontale inférieure. Trèves, en 1885, ajouta à ces dernières une 4^e portion ascendante.

Sur les sujets que nous avons examinés, la portion horizontale supérieure des auteurs nous a paru si courte, que dans ces cas on ne pouvait décrire comme portion initiale de cet intestin qu'une courbure sous-hépatique (comprenant l'angle

supérieur et la première portion des classiques). Après cette courbure supérieure, le duodénum descend vers la portion descendante, atteint ordinairement la 4^e vertèbre lombaire et là il va se couder soit dans une longue portion horizontale (portion préaortique) couchée en travers de la 4^e vertèbre, soit dans un angle court et déjeté sur le flanc droit de la colonne. Enfin une dernière portion, ascendante, monte contre le flanc gauche de la colonne lombaire pour s'arrêter au niveau de la 1^{re} ou de la 2^e vertèbre et se rendre dans l'angle duodéno-jéjunal.

Donc : Angle ou courbure supérieure, portion descendante, portion ou angle préaortique suivant les cas, portion ascendante, et angle duodéno-jéjunal, telles sont les portions que nous décrivons (d'après nos pièces) au duodénum.

Chez les enfants, l'angle supérieur et l'angle terminal duodéno-jéjunal se trouvent sur le même niveau, 1^{re} vertèbre lombaire, les portions intermédiaires décrivent un anneau complet dont la partie basse répond à la partie supérieure de la 4^e vertèbre lombaire, c'est le type annulaire ou infantile.

Chez l'adulte, l'angle terminal s'abaisse et se déjette sur le flanc gauche de la colonne; ce qui serait dû peut-être à l'auscultation de la tête du pancréas qui ouvre l'anneau intestinal et abaisse son extrémité jéjunale. Suivant qu'il existe une portion horizontale préaortique ou une simple courbure nous avons le duodénum en U ou en V.

La forme annulaire du duodénum, déjà mentionnée et figurée par Treitz en 1853, fut surtout bien décrite par Braune en 1877. Ces auteurs, et bien d'autres après eux, ont mentionné et figuré la portion ascendante que Trèves, dans l'ignorance absolue de ce que ses devanciers avaient décrit, croit avoir découvert après son compatriote Jung Bruce (1884). (Pour plus de détails à cet égard, lire mon mémoire qui, trop long pour être reproduit dans ces Bulletins, paraîtra dans le *Progrès médical*.)

J'ai cherché à préciser quelques rapports du duodénum : ainsi je précise les rapports de la position ascendante avec le rein gauche, non mentionnés par aucun auteur, je précise aussi les rapports avec le pancréas, avec les vaisseaux pré-vertébraux, et enfin avec le squelette lombaire. Sur ce dernier point j'arrive aux conclusions suivantes :

L'origine du duodénum se fait invariablement au niveau

de la 1^{re} vertèbre lombaire. Le point bas (portion ou angle préaortique) à la 4^e vertèbre lombaire le plus souvent, quelquefois à l'articulation de cette dernière avec la 3^e, enfin exceptionnellement avec la 5^e, d'où 3 types : haut, moyen et bas du duodénum.

J'ai tenu à décrire complètement la séreuse duodénale, je ne puis que mentionner ce point.

A ce propos je décris 3 fosselles péritonéales : une *duodénale inférieure*, une autre *duodénale supérieure*, enfin une *duodéno-jéjunale*, les deux premières situées sur le flanc gauche de la portion ascendante du duodénum, la dernière entre l'angle duodéno-jéjunal et le mésocôlon transverse. Du reste les unes décrites depuis longtemps, mais comprises sous le nom générique de fossettes duodéno-jéjunales.

Enfin je tiens à mentionner ce fait que les moyens de fixité du duodénum sont mal indiqués en général ; et que les vaisseaux artériels, les nerfs et le muscle suspenseur de Treitz, tels sont les moyens de fixité. Quant au péritoine il ne fait que coiffer ces vaisseaux, mais ce n'est pas là un moyen de fixité.

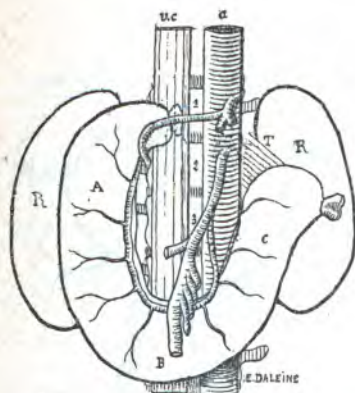


FIG. 1. — Figure schématique montrant le duodénum en V insufflé.

Reins. — a. Aorte abdominale. — V. C. Veine cave inférieure. — A. Portion descendante du duodénum. — B. Angle inférieur. — C. Portion ascendante.

On voit aussi le tronc coeliaque, les artères pancréatico-duodénales, l'artère mésentérique supérieure et en T le schéma de l'insertion duodénale du muscle de Treitz.

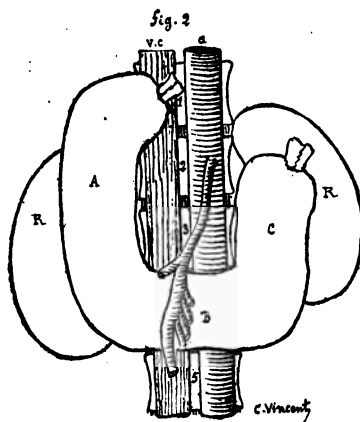


FIG. 2. — Figure schématique représentant le duodénum en U. — Même notation que pour la fig. 1.

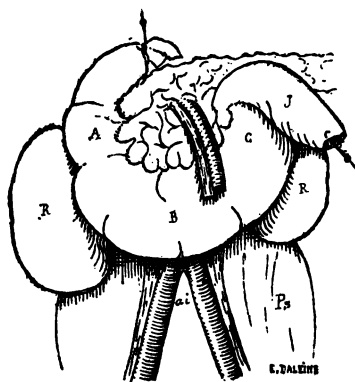


FIG. 3. — Duodénum annulaire. — On voit l'anneau formé par les trois dernières portions autour du pancréas.

J. Jéjunum. — Ps. Psoas. — ai. Artères iliaques.

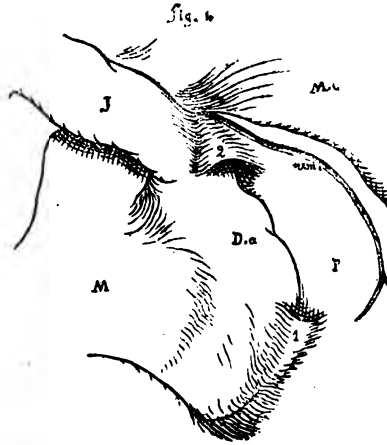


FIG. 4. — Représente les 2 fossettes duodénales, inférieure (1), supérieure (2). — v. m. i. Veine mésentérique inférieure. — J. Jéjunum. — Da. Portion ascendante du duodénum. — M. Mésentère. — Mc. Mésocôlon transverse. — P. Péritoine pariétal.

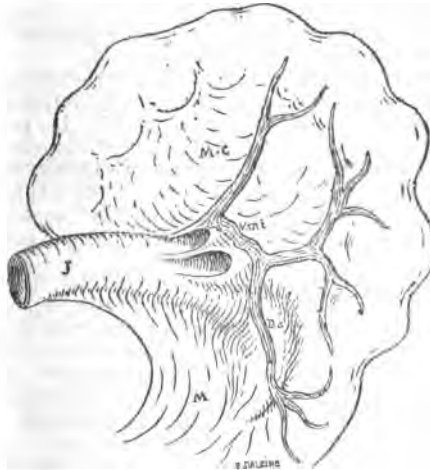


Fig. 5. — Représente la fossette duodéno-jéjunale double. Circonscrivant son orifice on voit les trois ligaments duodéno-mésocoliques.

Jéjunum. — Da. Portion ascendante du duodénum. — v. m. i. Veine mésentérique inférieure. — M. Mésentère. — Mc. Mésocôlon transverse.

M. HARTMANN maintient l'existence d'une première portion au duodénum ; les faits qu'il a observés confirment sur ce point les données classiques.

Séance du 22 février.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL

Anévrysme de l'aorte abdominale ouvert dans le péritoine. — Hémorrhagie cérébrale, par PAUL BEZANÇON, interne des hôpitaux.

La nommée A... Anne, âgée de 84 ans ; est apportée le 9 février 1889 à l'hôpital St-Antoine, salle Nélaton, 18, dans le service de M. Gingeot.

Antécédents personnels. — Elle est d'une bonne santé habituelle, très active et travaillait encore, malgré son âge, jusqu'à ces derniers temps. Son père est mort goutteux, à l'âge de 54 ans ; elle a perdu deux fils morts tous deux hémiplegiques.

La veille de son entrée à l'hôpital, elle a été frappée d'une attaque d'hémiplegie, avec apoplexie passagère.

A son entrée, l'apoplexie a disparu, il reste une hémiplegie du côté gauche, complète, sans hémianesthésie ; les réflexes ne sont pas exagérés ; la température est au-dessous de 37°. Le pouls radial est faible, irrégulier ; souffle diastolique à la base du cœur. La malade n'accuse pas de douleur, ni de gêne du côté de l'abdomen. Cet état se maintient les jours suivants. Le 12 février, vers 1 heure, la malade se plaint d'une douleur au cœur, pâlit et perd connaissance ; elle rouvre les yeux un instant, mais retombe presque aussitôt dans le coma et meurt une heure après.

AUTOPSIE. — Encéphale. On trouve, à côté d'un petit point d'hémorrhagie cérébrale ancienne, un assez vaste *foyer hémorrhagique* pouvant remonter à quatre ou cinq jours, ayant détruit le noyau lenticulaire du côté droit, la partie postérieure du noyau coudé et la couche optique ; un peu de sang dans les ventricules. Le tronc basilaire, les cérébrales antérieure et moyenne sont extrêmement athéromateuses et présentent quelques anévrysmes miliars.

Les *poumons* sont sains ; le *cœur* est plutôt petit ; l'orifice mitral rétréci par des dépôts calcaires mesure 8 centim. environ de circonférence ; l'orifice aortique présente aussi des plaques calcaires qui gênent le fonctionnement des valvules. Athérome de la crosse, sans ectasie.

L'*aorte abdominale*, très athéromateuse, présente au niveau de l'origine du tronc cœliaque une légère dilatation à laquelle succède

un point rétréci où l'artère ne mesure que 36 millim. de circonférence externe.

Au-dessous commence une dilatation fusiforme qui va s'accroissant et aboutit à une poche anévrysmale sacciforme. Celle-ci commence en haut à 5 cent. du tronc cœliaque et siège à l'origine même de la mésentérique supérieure qui ne participe pas à la dilatation. La circonférence de la poche est de 13 cent. 1/2 et sa hauteur de 5 ; elle est assez régulièrement arrondie, plus proéminente en avant et à gauche. Pas d'adhérence avec les organes voisins ; la veine cave n'est ni comprimée, ni ulcérée. L'anévrysme est dur et rempli de caillots ; sur son bord gauche, on remarque une fente de 4 cent. de long, verticale, à bords déchiquetés et fort minces ; obturée en son centre par un caillot ; mais entre lui et la paroi il reste un étroit espace linéaire par lequel le sang a fait irruption au dehors.

L'anévrysme, fendu en deux, laisse voir en avant une paroi épaisse de 6 millim. formée de couches stratifiées de fibrine ; au centre, un volumineux caillot arrondi, obturant presque tout à fait l'aorte, plus récent que les couches précédentes, mais montrant aussi des traces de stratification. Au-dessous de l'anévrysme, d'épaisses plaques calcaires, séparées de la paroi à l'une de leurs extrémités, font saillie dans la lumière de l'artère qu'ils rétrécissent.

Le rein gauche est caché par des caillots récents qui l'entourent de toutes parts, surtout au niveau de son extrémité supérieure ; il a environ cinq à six cents grammes de sang épanché dans le péritoine. Le rein gauche est de volume moyen, mais renferme de nombreux petits kystes. Pas d'épanchement de sang du côté du rein droit ; celui-ci est remarquablement petit, sclérosé et, outre plusieurs petits kystes, en présente un plus gros, pédiculé, du volume d'une grosse noix.

Le foie, très petit, non cirrósé, ne pèse que 800 gr. La rate est également très petite.

En résumé, l'anévrysme de l'aorte abdominale, passé inaperçu pendant la vie de la malade, ne s'est révélé que par l'hémorrhagie ultime qui a amené la mort, concurremment avec l'hémorrhagie cérébrale.

Kyste hydatique de la paroi antérieure du ventricule gauche, par MARTIN-DURR, interne provisoire des hôpitaux.

Le nommé Christophe Tisse, 67 ans, vannier, entré le 29 janvier 1889, dans le service de M. le Dr Chauffard à l'hôpital Broussais, mourut le 6 février, après avoir présenté les symptômes d'une ancho-pneumonie adynamique. Le cœur fonctionnait normalement. À l'AUTOPSIE, le poumon présentait les lésions typiques de la broncho-pneumonie. Le cœur, un peu plus petit et grasseux, présentait, la face antérieure du ventricule gauche, plus près du sillon longitudinal antérieur que du bord gauche du cœur, une saillie arrondie,

recouverte par le péricarde doublé d'une mince couche grasseuse. L'incision transversale de cette saillie donna issue à une petite quantité de liquide clair, et montra une cavité du volume d'une noix, située en plein tissu musculaire, séparée du côté du péricarde par une mince bande et du côté de l'endocarde par une couche très épaisse de ce tissu. Cette cavité était limitée par une paroi d'aspect blanc fibreux très nettement marquée à la périphérie et irrégulière vers la surface interne. Le scalpel promené dans l'intérieur de cette cavité ramène une pulpe très fine qui, placée dans l'eau, se déploie en une vésicule à paroi amorphe et remplie de fines granulations réfringentes. Cette paroi semble constituée par un seul feuillet. La loupe et les aiguilles font découvrir à la face interne de cette vésicule et lui adhérent fortement, une seconde vésicule arrondie du volume d'un grain de plomb. Cette seconde vésicule contient dans son intérieur et faisant saillie vers sa propre cavité une tête de tænia échinocoque reconnaissable à ses quatre ventouses surmontées d'un rostre à la base duquel se trouve une couronne de crochets caractéristiques.

Aucune vésicule hydatique dans le foie ni dans les autres organes.

Les observations de kystes hydatiques du cœur sont assez rares : il existe dans la science une trentaine de cas, la plupart recueillis en Allemagne et en Angleterre. Les *Bulletins de la Société anatomique* ne contiennent que 3 observations : celle de M. Landouzy en 1870 (*Bull. Soc. anat.*, XLV, p. 309), celle de M. Rendu en 1878 (*Bull. Soc. anat.*, LIII, p. 581) et celle de M. Renault en 1882 (*Bull. Soc. anat.*, LVII, p. 124). Dans un seul cas, celui de M. Rendu, le kyste, siégeant dans la cloison interventriculaire et faisant saillie au-dessous de l'orifice aortique, a donné lieu à des signes appréciables pendant la vie.

Tumeur du rein, par M. de SAINT-GERMAIN, interne des hôpitaux.

Le nommé H... Alfred, âgé de 71 ans 1/2, journalier, entré à la Pitié le 26 janvier 1889, dans le service de M. Troisier, salle Monneret et mort le 10 février 1889 a été soigné pour de l'emphysème et de la bronchite.

Durant son séjour à la salle Monneret, il n'a présenté aucun phénomène clinique du côté des reins. Jamais de douleur de ce côté ; les urines ont toujours été normales.

Il a succombé en proie à des phénomènes asphyxiques.

A son AUTOPSIE, nous avons trouvé un poumon emphysémateux et congestionné, un cœur dilaté quant à ses cavités droites, un foie normal, des reins normaux, sauf l'un d'eux porteur de la tumeur que nous présentons actuellement.

Dans aucun autre point nous n'avons trouvé de tumeur semblable.

Cette tumeur avant que nous eussions opéré la section du rein, faisait saillie à sa surface, à peu près au niveau de la partie médiane de sa face postérieure.

De forme circulaire, entourée d'un sillon assez déprimé, elle avait la forme d'un bouton d'habit. Sa couleur était jaunâtre et sa consistance assez molle pour faire croire à la présence d'un liquide dans son intérieur.

A la section nous avons trouvé une tumeur du volume d'une grosse noisette, occupant toute l'épaisseur du parenchyme rénal et faisant même saillie dans la cavité du bassinet, après avoir refoulé sur les côtes les pyramides voisines. La forme, sur la surface de coupe, est à peu près circulaire; un peu plus large cependant du côté de la périphérie du rein. Cette tumeur de consistance assez molle, de couleur jaune clair et nettement encapsulée, présente une lobulation très nette et un aspect micacé dû à la présence en plus grand nombre de paillettes de cholestérine.

Nous comptons faire en détail l'examen histologique de cette tumeur, néanmoins nous en avons déjà détaché une petite parcelle qui nous a montré à l'examen microscopique des bourgeons charnus contenant un grand nombre de vaisseaux de néoformation, des globules de pus et des globules rouges.

M. CORNIL. Il est difficile d'émettre une opinion ferme sur la nature de cette production; on peut supposer qu'il s'agit d'un adénome du rein ou d'une transformation ultime d'un abcès.

M. DARIER qui a vu la pièce à l'état frais, y a remarqué des bourgeons charnus partant de la paroi et contenant des vaisseaux de nouvelle formation; il a pensé à un infarctus ancien avec nécrose complète.

M. CORNIL n'admet pas volontiers un infarctus; l'infarctus en effet subit toujours une rétraction, une cicatrisation plus ou moins marquées.

Quelques remarques sur le développement et la torsion de l'intestin, par HENRI HARTMANN.

J'ai eu, Messieurs, dans la dernière séance, l'honneur de vous exposer quelques notions anatomiques sur le duodénum, en particulier sur sa terminaison, sur la fossette qu'on y remarque et sur la disposition la plus habituelle de son muscle suspenseur; je désire aujourd'hui vous soumettre une hypothèse sur la manière dont évoluent les diverses parties de l'intestin grêle pendant les périodes embryonnaires et vous dire comment se produit la torsion de cet intestin.

Primitivement le tube digestif (estomac, intestin grêle, gros intestin) forme une anse, dont la partie moyenne est contenue dans le cordon ombilical, anse reliée en arrière à la colonne vertébrale par un méso qui contient ses vaisseaux. Ce tube est fixé en 4 points :

1° A son extrémité supérieure.

2° Un peu au-dessous de l'estomac, par le muscle suspenseur, véritable *gubernaculum*, comme l'a déjà écrit autrefois notre maître le professeur Farabeuf (1).

3° Au niveau du diverticule qui va à la vésicule ombilicale.

4° A son extrémité inférieure.

En se développant il s'allonge et cet allongement suffit à produire des modifications dans la situation et les rapports de ses différentes parties.

Par suite de l'allongement de la partie située au-dessus du *gubernaculum* (muscle suspenseur) se forme une anse convexe à droite (estomac et duodénum), descendant plus ou moins bas, mais se terminant toujours au même point, au niveau du muscle suspenseur.

Cette anse, irriguée par les diverses branches du tronc cœliaque, est primitivement pourvue d'un méso ; voici un fœtus de 13 centim., dont l'intestin est déjà tordu, mais dont le duodénum, même dans sa 3° portion, est encore à peu près libre et flottant dans la cavité abdominale. Plus tard, par suite d'un double processus (développement de l'intestin plus rapide que celui de sa couverture séreuse amenant un déplissement de son méso ?? adhérences secondaires avec le péritoine pariétal postérieur ?) le duodénum vient dans ses dernières portions se mettre en rapport direct avec la paroi abdominale postérieure.

Au-dessous du *gubernaculum* (muscle suspenseur) les phénomènes sont un peu plus complexes. Cette deuxième portion du tube digestif reçoit en effet ses vaisseaux de deux artères différentes :

1° De la mésentérique supérieure pour l'anse qui entre dans le canal ombilical (intestin grêle et première partie du gros intestin).

2° De la mésentérique inférieure pour la partie terminale du gros intestin.

(1) In *Soc. anat.*, 27 mars 1885 et *Progrès médical*, 1885.

Le développement de cette partie terminale ne nous arrêtera pas; elle est et reste dans le flanc gauche et dans le bassin, constituant plus tard la partie gauche du côlon, le côlon descendant, l'anse oméga et le rectum.

Quant à la grande anse irriguée par l'artère mésentérique supérieure, elle est composée de deux parties, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du diverticule ombilical.

La première partie (du ligament suspenseur au canal ombilical), *fixée à ses deux extrémités*, ne peut se déplacer.

Son seul allongement ne peut aboutir à une torsion et nous ne nous expliquons guère l'action d'un muscle (m. de Treitz) attirant le jéjunum par-dessous le tronc des grands vaisseaux mésentériques, comme cela a été dit. Par suite de cet allongement se produisent des flexuosités, des circonvolutions, mais pas de torsion.

Il me suffira de vous rappeler, comme preuve à l'appui, la pièce si intéressante, que nous a présentée, il y a un an, notre collègue, A. Broca. La première portion de l'intestin grêle, bien développée, venait se terminer à la partie supérieure d'une vessie extrophiée : bien qu'elle décrivît des circonvolutions multiples, il n'y avait pas trace de torsion (1).

C'est que cette dernière est vraisemblablement liée au développement de la deuxième portion de la grande anse intestinale et à la *migration du cæcum*.

La deuxième partie de l'anse mésentérique supérieure (2) n'est pas fixée à ses deux extrémités comme la première; seule son extrémité ombilicale est fixe; son autre extrémité, au contraire, est mobile; le cæcum, primitivement à gauche de l'ombilic, est refoulé en haut et ne tarde pas à se porter à droite, vers l'épigastre, puis l'hypochondre droit, se mettant successivement en rapport avec la face inférieure du foie, le flanc et la fosse iliaque du côté droit. Il est possible que ce transfert à droite ne soit que le résultat du développement de la partie mésentérique inférieure du gros intestin, qui, située profondément dans l'hypochondre gauche, apparaît en s'al-

(1) *Bull. de la Soc. an.*, 1887, p. 791. Le gros intestin partait aussi de exstrophie et se terminait dans le bassin.

(2) Nous dénommons ainsi par abréviation l'anse qui reçoit ses vaisseaux de la mésentérique supérieure (intestin grêle, cæcum, côlon ascendant et première partie du côlon transverse).

longeant vers l'épigastre, refoulant par conséquent à droite la partie d'intestin qui lui fait suite.

Cette seule migration du cæcum de gauche à droite suffit à expliquer la torsion de l'intestin et le passage des vaisseaux mésentériques en avant de la partie terminale du duodénum. Le plan constitué par le méso de la grande anse mésentérique supérieure décrit forcément, par suite de cette migration, une évolution autour de ses deux points fixes

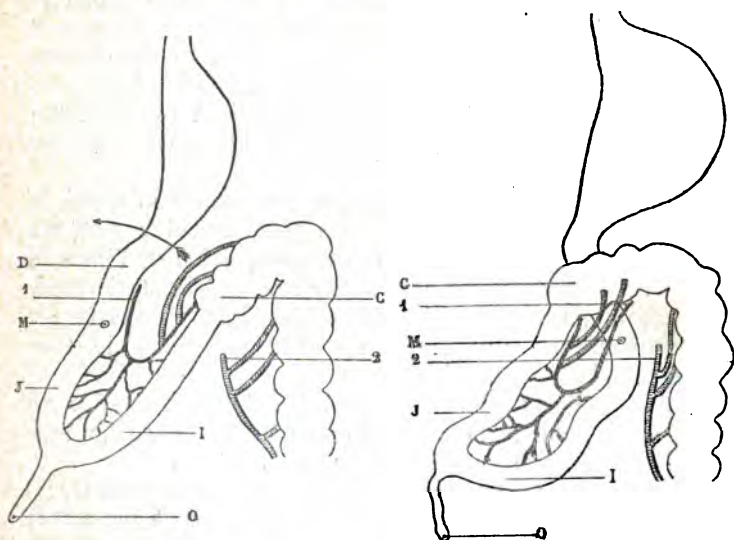


FIG. 1. — Intestin avant la migration du cæcum.

FIG. 2. — Intestin après la migration du cæcum. La tension est effectuée

Le point M (muscle suspenseur) restant fixe, de même le point O (canal ombilical), et le cæcum C exécutant sa migration suivant le sens de la flèche, tout le méso, contenant les ramifications de l'artère mésentérique supérieure 1, tourne autour de la ligne M O, la partie I (iléon) venant en avant, puis ensuite comme sur la figure 2, J jéjunum ; 2 artère mésentérique inférieure.

(muscle suspenseur et canal ombilical) et comme le cæcum passe, dans sa migration, en avant du duodénum, son méso et les vaisseaux mésentériques, qui y sont contenus, passent aussi en avant de ce duodénum (1) ; en même temps ce

(1) En un mot ce n'est pas le duodéno-jéjunum qui est attiré par le mus-

qui était face postérieure gauche de ce méso est devenu face gauche puis face antérieure. On peut se rendre compte des effets de cette migration sur les figures ci-jointes.

On peut encore très bien constater les effets de la migration du cæcum sur le cadavre ;

Voici un sujet dont je n'ai gardé que la partie initiale de l'intestin et le mésentère jusqu'au cæcum. J'ai simplement séparé, ce qui se fait avec quelque coups de scalpel, la racine du mésentère de la 3^e portion du duodénum, qu'il recouvre et à laquelle il adhère normalement, de manière à pouvoir le mobiliser comme bon me semblera. Toutes les parties occupent leurs rapports normaux, le cæcum est dans la fosse iliaque droite, l'artère mésentérique passe au devant de la 3^e portion du duodénum. Prenez la partie terminale du mésentère, celle qui répond au cæcum, portez-la dans l'hypochondre droit, dans l'épigastre, puis à gauche de l'ombilic, vous aurez exécuté en sens inverse la migration bien connue du cæcum, et vous aurez en même temps détordu l'intestin.

La disposition définitive de l'intestin semble donc uniquement liée à la torsion de la grande anse mésentérique supérieure pendant la migration qu'exécute le cæcum.

Plus tard, lorsque les organes ont pris leur place définitive, il se fait entre les feuillets péritonéaux des adhérences secondaires, si bien que la 3^e portion du duodénum semble répondre à l'insertion du mésocolon transverse et du mésentère, soit du pédicule de notre grande anse primitive ; la fossette duodéno-jéjunale est, croyons-nous, le dernier vestige de cette soudure, elle tend elle-même à disparaître avec l'âge et, presque constante chez le fœtus ou le nouveau-né, elle manque le plus souvent chez l'adulte.

On observe du reste dans la série animale tous les intermédiaires entre l'intestin rectiligne et l'intestin circonvolutionnaire et tordu de l'homme. Nous vous montrerons entre autres, l'intestin d'une chauve-souris qui décrit des circonvolutions sans que la continuité de son mésentère général soit détruite et celui d'une fouine, que vient de nous confier notre ami A. Broca, intestin dont les anses occupent la même situation que chez l'homme mais qui, dépourvu d'adhé-

de Treitz sous les vaisseaux mésentériques, ce sont ces vaisseaux qui viennent se placer au devant du duodénum fixe.

rences entre la 3^e portion du duodénum et le mésocôlon transverse est facilement détordable.

Telle est la théorie que nous croyons applicable au développement de l'intestin. Ses différents éléments en ont déjà été exposés par divers auteurs : nous citerons entre autres M. Farabeuf, Trèves et notre collègue A. Broca. Sa réalité est encore établie par ce fait que, dans les cas où le cæcum, n'a pas exécuté sa migration à droite, il n'y a pas de torsion intestinale (faits de John Reid, Hilton Fagge, James Y. Simpson, Bruce Young, Farabeuf, etc.).

Amputation intra-calcanéenne horizontale. — Rectification à propos d'une communication antérieure, par le Dr CHAPUT, chirurgien des hôpitaux.

A l'occasion de ma dernière présentation relative à un fait d'amputation intra-calcanéenne, j'ai comparé ce procédé à celui de Tripier, de Lyon. N'ayant eu tout d'abord que des renseignements insuffisants sur cette opération, j'en ai parlé d'une façon inexacte que je viens rectifier aujourd'hui.

Dans la thèse de Duchamp (Lyon 1879), l'opération de Tripier est décrite en détail.

La section du calcanéum est rigoureusement horizontale. Elle passe immédiatement au-dessous de la petite apophyse du calcanéum et laisse par conséquent toute sa longueur au calcanéum. On pourrait croire que M. Tripier profite de l'occasion qui lui est fournie de sectionner le tendon d'Achille ; il n'en est rien ; on lit en effet à la page 63 : « Après la désarticulation sous-astragalienne, l'astragale n'est plus en rapport avec les muscles et les tendons : *or, en pratiquant la coupe du calcanéum on conserve le tendon d'Achille* ; et d'un autre côté, les tendons latéraux étant en rapport avec la gaine périostique, on aura de la mobilité comme après l'amputation de Chopart, sans en avoir les inconvénients, attendu que l'équilibre du moignon est obtenu ».

M. Tripier sectionne enfin par un trait de scie l'angle antérieur du calcanéum.

Cette opération est donc en somme fort distincte de la mienne. En effet :

1^o M. Tripier sectionne comme moi le calcanéum horizontalement, mais il le fait très haut tandis que ma section

passe aussi bas que possible, n'enlevant qu'une mince lamelle en avant et une épaisseur un peu plus forte en arrière. M. Tripier enlève donc à la longueur du membre 1 ou 2 centim. de plus que je ne le fais.

2° M. Tripier conserve la partie postérieure du calcanéum et ne détruit pas le tendon d'Achille. Au contraire j'enlève par une section osseuse la partie postérieure du calcanéum qui emporte avec elle la portion inférieure de ce tendon. De telle sorte que dans le cas même où le tendon viendrait à se réinsérer, il ne pourrait guère agir faute de bras de levier. M. Tripier trouve sans doute inutile de supprimer le tendon d'Achille : je pense au contraire que l'indication est de la plus haute importance.

De la résection dans l'ostéomyélite, et spécialement dans les nécroses diaphysaires, par le Dr GÉRARD MARCHANT, chirurgien des hôpitaux.

Il n'y a pas une seule méthode applicable à la cure d'une affection chirurgicale : les procédés thérapeutiques sont multiples, variables suivant les cas.

Cette pensée que nous avons souvent entendu émettre à M. le professeur Trélat, s'applique à l'ostéomyélite.

L'histoire thérapeutique de l'ostéomyélite est curieuse à étudier : Chassaignac pose en règle, en 1854, « que l'amputation doit être faite aussitôt que le diagnostic est certain ». Holmes, en 1865 préconise la résection de l'os affecté. En 1879, M. le professeur Lannelongue, démontre, dans un remarquable mémoire qui fera époque « que la trépanation est la seule méthode dont l'opportunité, et les indications soient indéniables (1) » et il rend générale cette thérapeutique déjà préconisée par Morven Smith en 1839.

À l'heure actuelle la trépanation est la *méthode de choix*, la *résection* et l'*amputation* sont des méthodes d'*exception*.

La trépanation faite hâtivement dans les lieux d'élection, livre passage au pus septique, et fait cesser avec une admirable rapidité l'évolution ultérieure des accidents. Application encore aux formes chroniques, combinée avec l'évidement, la *rugination*, suivant les règles établies par le

(1) *De l'ostéomyélite aiguë, pendant la croissance.* Paris. Asselin, 1879.

professeur Ollier de Lyon (1), elle ouvre passage aux collections purulentes intra-osseuses, permet l'extraction des séquestres, et met un terme à l'enchaînement des désordres, qui constituent le tableau pathologique de l'ostéomyélite chronique ou prolongée (2).

Ce n'est que dans des cas exceptionnels que la *résection* a été faite : dans des formes tout à fait graves, étendues, le chirurgien doit se résigner à l'*amputation*.

Nous voulons étudier dans ce mémoire les cas *spéciaux* d'ostéomyélite qui sont justiciables d'une *résection* : notre travail se base sur des pièces anatomo-pathologiques, des observations cliniques, recueillies à l'hôpital Trousseau dans le service du professeur Lannelongue, que nous avons eu l'honneur de suppléer pendant six mois en 1888.

Cette méthode opératoire n'est pas neuve, et ceux que la question d'*historique* intéresse, devront lire quelques pages dans Lannelongue (3), et le chapitre du traité d'Ollier (4). Mais, cette pratique est discutée : elle n'est pas acceptée en France, et lorsque Holmes (5) publia son observation retentissante, M. le professeur Verneuil la fit suivre de commentaires « judicieux », nous donna des formules de traitement de l'ostéomyélite, et démontra par une analyse serrée, que la *résection*, dans le cas de Holmes, avait le mérite de l'*originalité*, mais n'était ni indiquée ni indispensable.

Nous allons nous efforcer de ne pas justifier cette critique, et d'établir que la *résection* peut trouver sa place comme ressource opératoire entre la *trépanation* qui a été ou sera impuissante, et l'*amputation* qui ne doit jamais être qu'un sacrifice extrême.

Quelles sont donc les indications de la *résection* ? A quelle période de l'affection doit-elle être appliquée ? Comment faut-il la pratiquer pour assurer le résultat fonctionnel ultérieur ? Quels sont ses dangers, ses incertitudes ?

(1) OLLIER. *Traité des résections*.

(2) LANNELONGUE et COMBY. De l'ostéomyélite chronique ou prolongée. *Archives générales de médecine*, septembre, octobre, novembre décembre. 1876.

(3) LANNELONGUE. *Loc. cit.*, p. 90, 91, 92.

(4) OLLIER. *Traité des résections*, t. I, p. 2 à 46.

(5) HOLMES. *The Lancet*, mars 1866. Traduite et commentée dans la *Gazette hebdomadaire*, 25 mai et 22 juin 1866, par le professeur VERNEUIL.

A. — INDICATIONS DE LA RÉSECTION HATIVE

1. — *Décollements sous-périostiques étendus à la totalité d'une diaphyse. Panostéite (Ollier).*

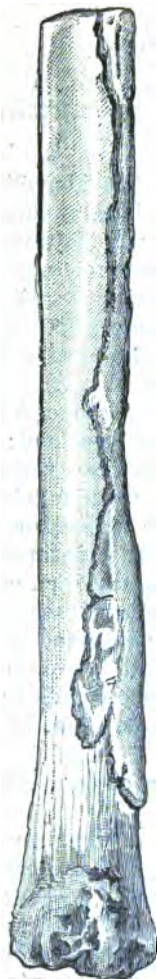
Dans ces formes graves, rapides, suraiguës d'ostéomyélite le périoste est décollé par le pus formé sur place, et aussi par le pus intra-médullaire déversé par l'os : la diaphyse, souvent, une ou les deux épiphyses, nagent dans une nappe purulente : le périoste va se rompre en un point, et même disparaître, et livrer passage à cette inondation purulente septique, avec toutes ses conséquences. (Arthrite purulente, fusées purulentes dans l'épaisseur du membre, obs. I.)

En présence de ces cas le chirurgien n'a pas à songer à la trépanation, ni à un évidement ; l'os ne peut être conservé : il baigne dans le pus, il a perdu toutes ses connexions vasculaires, sans retour : la soudaineté de l'attaque a été telle, que l'os est *mort vivant*, et c'est en vain qu'on y chercherait à l'œil nu, ces caractères d'ostéite qui précèdent d'ordinaire tout travail de nécrose, cet os est-il à peine découvert, exposé à l'air et débarrassé de son lit purulent, qu'il se dessèche, et devient presque instantanément aussi blanc que l'os qui a macéré depuis des mois, dans un liquide propre à le blanchir. Nous insistons sur ces caractères objectifs qui nous ont beaucoup frappé dans une résection du tibia, faite dans ces conditions (obs. I).

Sur une coupe longitudinale ; on voit dans ce cas une infiltration purulente de toute la moelle osseuse.

Dans un second fait nous nous sommes trouvé en présence d'une *panostéite du péroné* avec décollement de l'*épiphyse inférieure* : nous avons pratiqué dans ce cas, la résection de la portion dénudée du péroné, en respectant l'épiphyse, détachée, voulant par cette opération radicale préserver l'articulation tibio-tarsienne mettre un terme aux accidents généraux (obs. II, pl. I). Cette intervention a donné un beau succès.

Dénudation totale est donc bien synonyme, dans ces cas éciaux de nécrose totale, et la seule intervention rationnelle capable de remédier aux accidents locaux et généraux menaçants, est la *résection d'emblée* de toute la portion saine qui baigne dans le pus.



Pl. I (Obs. II). — Nécrose diaphysaire de l'extrémité inférieure du péroné, avec décollement épiphysaire. — Résection de 13 cent. Os périostique nouveau.

Dans ces formes suraiguës de *panostéite*, la trépanation est, à ce degré du mal, insuffisante, impuissante; et l'amputation une mutilation bien grave, que l'extirpation osseuse immédiate rend inutile.

Il faut se hâter d'intervenir et opérer avant la destruction étendue du périoste par le pus, pour assurer la réparation osseuse.

La règle de conduite que nous venons de poser, a donné des succès retentissants à Holmes (1), à Letenneur (2) (de Nantes), à Giralès (3), Perrier (4), aux professeurs Le Fort (5) (clavicule), Duplay (6) (tibia) « et dans ces mains habiles elle n'a eu que des succès à compter. Les malades ont guéri avec reproduction osseuse très propre à remplacer l'os sain : j'en excepte toutefois le malade de Letenneur, ou la reproduction du tibia n'a pas été complète » (7).

Le professeur Ollier, dont la compétence est unique pour ce qui touche aux résections et à la pathologie osseuse, formule ainsi son opinion : « Cette ablation totale de l'os, ou de la diaphyse des os longs, est encore plus sûrement antiseptique que la trépanation, la désinfection du tissu médullaire : mais on ne doit pas se hâ-

(1) HOLMES. *The Lancet*, 1866.

(2) LETENNEUR. *Obs. inédite in Traité rég. des os*. Ollier, t. II, p. 254.

(3) GIRALDES. *Congrès de Lille* (1874) et *Acad. médecine* (1875).

(4) PERRIER.

(5) LÉON LE FORT. *Traité de médecine opér.*, 450, I. *Soc. chir.*, 1875, 13 octobre.

(6) DUPLAY. *Communication Soc. ch.* 13 octobre 1875. — Discussion.

(7) LANNELONGUE. *Loc. cit.*, p. 91.

ter, même chez les enfants, d'enlever un os au début d'une inflammation aiguë, quelque grave que soit cette inflammation, et quelque fatale que paraisse la mortification consécutive de l'os enflammé. En opérant trop tôt, on s'expose à ne pas avoir de régénération osseuse, ou du moins à n'avoir qu'une régénération très incomplète. Nous ne saurions trop insister sur ce point. Il vaut donc mieux essayer d'abord d'arrêter les accidents septiques par l'ouverture des foyers purulents, par les trépanations multiples, c'est-à-dire par les opérations qui pourront conserver l'os ou du moins assurer sa reproduction dans l'avenir. Mais ici, comme toujours, l'intérêt vital doit passer avant l'intérêt orthopédique » (1).

Nous sommes absolument d'accord avec l'éminent professeur de Lyon, et ce n'est que devant l'intérêt vital, devant ces graves désordres locaux et généraux, qu'il faut se décider à la résection, et nous concluons avec lui, sous l'autorité de son nom et de son expérience : « Si l'on n'a pu tarir la source de l'infection, si la fièvre et les accidents infectieux continuent, on devra enlever l'os dans sa totalité, ou du moins dans la totalité de ses parties malades, afin de supprimer d'un seul coup la cause infectante.

Dans les cas les plus graves (panostéite, infiltration purulente de la totalité du tissu spongieux), on procédera d'emblée à l'ablation ou à la résection de l'os.

C'est en suivant cette ligne de conduite que nous avons pu depuis plusieurs années, nous abstenir de toute amputation, pour les cas d'ostéomyélite suppurée des grands os longs des membres qui nous sont arrivés à une période voisine du début » (2).

2. — Décollements sous-périostiques dans les os plats du crâne.

Si la trépanation permet dans les os plats, tels que le maxillaire inférieur, le scapulum, l'os iliaque, l'issue du pus septique et met un terme au processus envahissant de l'ostéomyélite, elle est insuffisante lorsqu'il s'agit d'ostéomyélite des os du crâne. « Les phénomènes de l'extérieur du

1) OLLIER. *Traité des résections*, t. I, p. 421.

2) OLLIER. *Loc. cit.*, p. 423, t. I.

crâne, se répercutant à l'intérieur, amènent des accidents promptement mortels dont on ne saurait se rendre maître que par une intervention prompte à la fois extérieure et intérieure. » Et plus loin : « au crâne l'affection n'a d'autre terminaison qu'une mort promptement survenue » (1).

Dans tous les cas publiés de Chippault (2), de Crampton (3), de Lépine (4), de Lannelongue, de Jaymes (5), et dans notre observation personnelle (obs. II) la nécrose était étendue (frontal gauche, frontal droit, rocher, portion écaillée du temporal), comprenait les deux tables, et l'os baignait dans le pus, tant par sa face méningée que par sa face externe : ce pus avait des caractères particuliers : il était *verdâtre, épais, concret, visqueux*.

Dans de pareilles conditions anatomiques une trépanation, même après un large débridement cutané, ne permet guère la désinfection : plusieurs couronnes de trépan, très rapprochées les unes des autres, créeront une plus large voie pour évacuer le pus concret.... mais à supposer que par le lavage antiseptique de la plaie opératoire, on soit arrivé à la désinfecter, n'a-t-on pas à craindre, que les ponts intermédiaires aux rondelles de trépan, et formées par de l'os nécrosé, infiltré d'un pus *odorant* (commun dans l'ostéomyélite; (obs. de Chippault; obs. III, personnelle) ne soient pour les méninges un voisinage dangereux, et ne deviennent une cause d'infection.

Aussi nous concluons que la *résection par la gouge et le maillet* (6) de toutes les parties malades, est encore ici la méthode de choix. Ainsi est assurée l'*opération totale*, la *désinfection du foyer*, la mise à l'abri des complications cérébrales, et leur poursuite possible, si elles existent au moment de l'intervention, ou si elles apparaissent.

Nous pensons que c'est à cette conduite opératoire, que nous devons le succès dans une forme grave d'ostéomyélite

(1) LANNELONGUE. *Loc. cit.*, p. 9 et 98.

(2) CHIPPAULT. *Soc. anat.* 1863.

(3) CRAMPTON. On periostitis. *Dublin Hospital reports*, t. II.

(4) LÉPINE. *Soc. anat.* 1869.

(5) LANNELONGUE. *Loc. cit.*, p. 96, et thèse de JAYMES. Paris, 1887.

(6) DUPLAY. Voir au point de vue de la technique opératoire l'excellent mémoire de DUPLAY sur la trépanation de l'apophyse mastoïde. *Arch. de médecine*, 1888.

du temporal : l'observation III, que nous engageons à lire, est instructive au point de vue clinique et opératoire.

B. — INDICATIONS DE LA RÉSECTION TARDIVE

1. — *De la nécrose diaphysaire, avec virole périostique nouvelle, mais incomplète.*

Les faits que nous allons étudier maintenant sont d'ordre différent : il s'agit d'ostéomyélites chroniques, avec nécrose diaphysaire, plus ou moins étendue, et virole périostique nouvelle, mais interrompue sur une partie de la longueur de l'os.

Voici deux pièces, un *humérus*, un *tibia*, sur lesquelles il est facile de se rendre compte des lésions que nous allons décrire.

Humérus (obs. IV. Pl. II) (1).

L'extrémité supérieure de cet humérus est nécrosée : elle était réunie à la tête humérale, et à la cavité glénoïde par des stalactites osseuses, de faible résistance, et qui baignaient dans le pus.

Du côté du coude, l'os nécrosé est engainé par un os périostique nouveau, qui se renfle en massue au moment où il embrasse l'os, mais cette gaine est boursoufflée, inégale, noueuse, mamelonnée ; elle est à jour et à travers un des cloaques, le stylet arrive sur un cylindre régulier, résistant d'un blanc mat, qui n'est autre que la diaphyse nécrosée, et invaginée. Cette nécrose se continue jusqu'à l'articulation du coude. Sur une coupe transversale, on voit nettement la virole externe périostique, qui entoure un cylindre concentrique, régulier, d'un blanc mat. Le cylindre périphérique engainant est formé par le périoste, le cylindre concentrique, engainé, répond à la diaphyse nécrosée.

Il s'agit donc ici d'une *nécrose diaphysaire totale, consécutive à une ostéomyélite bipolaire*, suivant l'heureuse

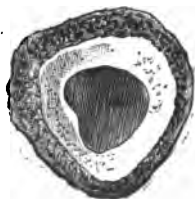
) Nous tenons à remercier M. Lyot, interne des hôpitaux, du soin qu'il a reproduire par le dessin les pièces anatomiques d'ostéomyélite ; son réel talent de dessinateur, il a facilité la tâche du graveur, Dutertre.

expression d'Ollier : les deux jointures de l'épaule et du coude étaient malades.

Le tibia que nous représentons (planche III, obs. V) offre les mêmes particularités : la diaphyse est nécrosée, enchâssée à ses deux extrémités dans un os périostique nouveau, irrégulier ; dénudé au contraire dans sa partie moyenne sur une étendue de 8 centimètres : deux petites couronnes de trépan, aussi nettes qu'au 1^{er} jour de l'intervention, viennent témoigner qu'elles ont été faites en plein tissu nécrosé.



V. DUTRE



Il n'y a pas dans ce cas, comme dans le précédent, de fracture spontanée et de séquestre mobile. La diaphyse tibiale nécrosée forme un cylindre d'une seule venue, non fragmenté, tant dans ses portions engainées que dans sa zone libre : de plus la coupe transversale faite à la partie inférieure de l'os, montre le cylindre périostique, et concentrique à l'os nouveau, se voit une rondelle d'os nécrosé, de minime épaisseur, qui indique les limites du mal.

Je tiens à insister sur les caractères de l'os périostique dans ces deux cas : cette reproduction osseuse, manque

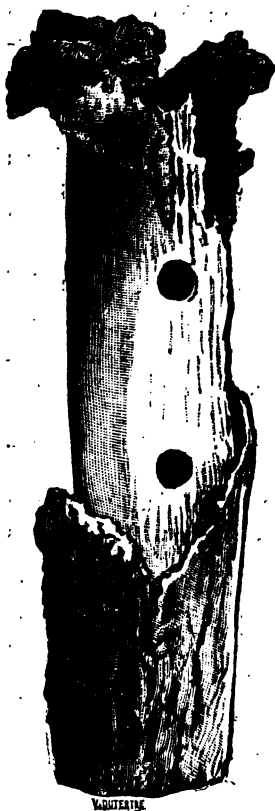
Pl. II (Obs IV.) — 1. Nécrose diaphysaire de l'humérus. — Le séquestre a été invaginé dans une partie de sa longueur par un os périostique nouveau ; mais la partie supérieure est restée dénudée et libre. — Fracture spontanée à l'union du séquestre libre avec la portion invaginée. — Ostéite bipolaire. — Résection tardive de 13 cent. d'humérus. — Résultat ultérieur parfait.

2. Coupe transversale montrant les rapports du cylindre nécrosé (blanc), avec le cylindre périostique.

au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus et du tibia, au voisinage de la zone juxta-épiphysaire qui a été le point

de départ, le centre des phénomènes ostéomyélitiques : il y a eu la destruction du périoste, et comme Ollier l'a démontré, « dans les nécroses totales de la diaphyse, il n'y a pas de régénération osseuse par le périoste périphérique suivant que l'inflammation sous-périostique a été plus ou moins intense, c'est-à-dire plastique ou destructive » (1).

L'os périostique qui s'est déposé autour de la diaphyse nécrosée est irrégulier de forme, d'épaisseur, il est percé à jour, et ces caractères sont d'autant plus nets qu'on se rapproche de la zone juxta-épiphyssaire, c'est-à-dire de la zone orageuse, mais, tant que l'os périostique nouveau s'est formé au contact de la diaphyse nécrosée, il conserve une forme irrégulière, tourmentée; de plus os périostique et os nécrosé, ou plutôt os nouveau et os ancien ne se sont pas fusionnés; il y a entre eux une ligne de démarcation, qui dans les os périostiques jeunes se traduit par la possibilité de détacher avec le doigt, et avec la rugine, la lamelle engainante; qui sur les os plus anciens, et plus épais s'accuse encore



Pl. III (Obs. V). — 1. Nécrose diaphysaire de la moitié supérieure du tibia. — On aperçoit le cylindre nécrosé invaginé dans sa moitié inférieure par un os périostique nouveau — A sa partie supérieure il est dénudé, non entouré par un os nouveau : il présente deux perforations qui répondent à deux couronnes de trépan.

2. Sur la coupe transversale du même os, l'anneau foncé répond à l'os périostique, le petit cylindre blanc concentrique à la terminaison de la nécrose de la diaphyse. Résection de 11 cent. de tibia.

(1) OLLIER. *Loc. cit.*, I, 315.

par la discontinuité des deux cylindres engainant (*périostique vivant*), et *engainé* (nécrosé).

L'évolution physiologique de la couche ostéogène du périoste a donc subi une profonde atteinte : à la place d'une apposition lente, insensible uniforme, des matériaux destinés à l'accroissement de l'os en largeur, il y a eu une reproduction, une réossification troublée, d'autant plus irrégulière qu'elle correspond au centre du foyer ostéomyélique.

De plus la fusion entre l'os nouveau et l'os ancien n'a pu se faire : l'os vivant ne s'est pas greffé sur l'os mort : leur contiguïté est extrême, leurs caractères tranchés, et grâce à cette ligne de démarcation l'opérateur et l'anatomo-pathologiste, peuvent dans les nécroses diaphysaires totales, faire la part de ce qui vit ou a vécu.

Nous concluons donc en disant que chaque fois qu'on trouvera dans l'ostéomyélite des os longs, un cylindre *périostique irrégulier*, séparable *en lamelle*, c'est qu'il aura germé au contact d'un os nécrosé.

Quelle conduite opératoire était-il possible de tenir en présence de ces deux cas ?

Pour la portion de la *diaphyse nécrosée, libre, non engainée* dans du tissu périostique, la question n'est pas douteuse.

La *résection des séquestres* est dans ces cas toute indiquée : cette opération se réduit même à une simple extraction de séquestre cylindrique, lorsque celui-ci s'est fracturé spontanément, ou ne tient plus que par quelques connexions osseuses ; c'était le cas pour l'extrémité supérieure de l'humérus (obs. IV). Mais contre le séquestre invaginé dont nous avons démontré l'existence, comment le chirurgien doit-il se comporter ?

Ne pas réséquer tout le cylindre nécrosé c'est faire une opération incomplète, abandonner un cylindre malade qui donnera lieu à des douleurs des plus pénibles, à des poussées inflammatoires et fébriles, à des phénomènes d'infection (reins), etc. : comme phénomènes locaux nous pourrions avoir une ostéomyélite bipolaire (obs. III), un retentissement sur les cartilages de conjugaison avec toutes leurs conséquences si bien établies par Ollier, une nécrose même de l'os nouveau.

Il faut donc agir. L'os est flottant, puisque le séquestre a

été extrait, ou réséqué : que cette opération porte sur quelques centimètres de plus ou de moins, le résultat n'en sera guère changé, si l'os doit se reproduire.

Mais pourquoi, me dira-t-on, ne pas faire dans l'os restant une large gouttière, une brèche destinée à retirer la diaphyse séquestrée : certainement lorsque l'os périostique sera suffisamment épais, et le séquestre mobile ou mobilisable, rien de plus rationnel, mais voyez, sur ces pièces, ces cylindres engainés étroitement : pour les déloger, il eut fallu entamer plus des $\frac{3}{4}$ de l'os nouveau, faire une opération longue, laborieuse, et peut-être incomplète.....

M. le professeur Ollier, visant ces cas dit, qu'il : *faut enlever au moment opportun la partie nécrosée, qu'un os trépané, drainé peut, non pas reprendre vie, mais être toléré par l'économie.* « Mais ici le cas est délicat et il vaudra mieux, si la dénudation circulaire est à peu près complète dans une certaine longueur, pratiquer la résection un peu au-dessus des limites de la dénudation » (1).

Nous concluons donc : que dans les cas de nécrose diaphysaire (au cours d'ostéomyélite chronique), avec reproduction incomplète du tissu osseux, la résection doit s'appliquer non seulement au séquestre libre, fracturé ou non, mais encore au séquestre invaginé, surtout si celui-ci ne pouvant être extrait par l'évidement, donne lieu à des poussées inflammatoires.

2. — De la résection d'une extrémité articulaire, dans les arthrites purulentes ostéomyélitiques avec lésion de l'épiphyse.

L'observation VI est un exemple d'arthrite purulente due à une ouverture de l'abcès médullaire dans l'articulation : ainsi qu'on peut le voir sur la planche IV, le pus s'est frayé un canal tortueux jusque dans la jointure tibio-tarsienne, traversant l'épiphyse tibiale, à son union avec la diaphyse, sans la décoller. Ce canal purulent diaphyso-épiphyssaire est moniliforme comme si le pus dans sa migration articulaire, avait créé sa voie lentement, en se creusant une série de

(1) OLLIER, *Loc. cit.*, p. 420.

loges, irrégulièrement superposées, étagées. L'orifice de communication avec la jointure est à peine appréciable : le cartilage de revêtement s'est aminci, a cédé, mais n'a pas été largement détruit dans sa couche articulaire la plus superficielle : il a conservé son élasticité, de là, cet orifice punctiforme.

Cet ensemble de caractères est en rapport avec un processus lent, et dans ce cas, en effet, l'arthrite purulente tibio-larsienne, ne s'accompagnait pas de phénomènes inflammatoires intenses.

Je veux faire remarquer, encore, à propos de la planche IV, que le tibia était plus altéré que ne le semble laisser supposer cette coupe : il était irrégulier, dénudé, et percé de trois orifices irréguliers (consécutifs à un évidement antérieur remontant à 6 mois), qui communiquaient avec des trajets cutanés s'ouvrant à la face interne du tibia à 3, 4 centim. au-dessus de l'articulation : de plus le cartilage de revêtement de l'épiphyse, qui paraît sain, sur ce côté de la coupe, était ulcéré, et je viens de vérifier encore sur la pièce sèche, que par place l'épiphyse était érodée, à nu, et dépouillée de son cartilage de revêtement.

Les arthrites ostéomyélitiques reconnaissent d'autres processus.

Dans les formes étudiées par Klose, il y a un décollement épiphysaire et irruption du pus dans la jointure : cette complication se traduit cliniquement par une arthrite purulente, la mobilité anormale, et la saillie de l'extrémité de la diaphyse, dans quelque point du membre. « *Ces décollements sont certainement plus rares qu'on ne le croit généralement, puisque dans mon relevé en dehors des cas de Klose, je n'ai pu en trouver que 11 exemples* » Lannelongue (1).

Notre malade de l'obs. I, nous a fourni un autre mode de suppuration articulaire : au cours de sa panostéite, il a été pris d'arthrite purulente du genou.

Nous nous sommes assuré, par toute une série d'investigations, pendant la résection, qu'il n'y avait pas de décollement épiphysaire, ni d'ouverture *intra-diaphyso-épiphysaire*, conduisant dans l'articulation du genou. Nous avons admis dans ce cas une arthrite du voisinage, par propagation *lym-*

(1) LANNELONGUE. *Loc. cit.*, p. 63.

phatique ? (Le périoste n'était pas décollé du côté de la jointure ; et il n'existait pas de perforation de la synoviale.) Rappelons que dans le pus de cette

arthrite M. Lyot n'a pas retrouvé le streptococcus de l'ostéomyélite.

Nous sommes donc amené à conclure qu'on peut observer au cours de l'ostéomyélite trois formes d'arthrites purulentes :

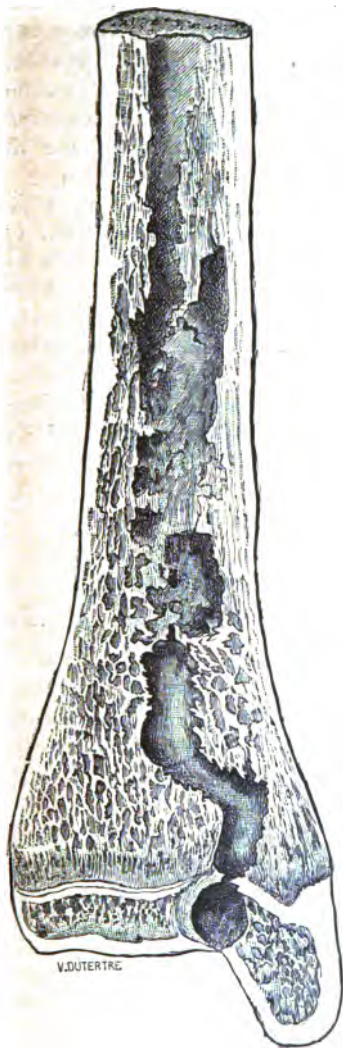
1. *L'arthrite par décollement des épiphyses* (Klose).

2. *L'arthrite par perforation diaphyso-épiphysaire sans décollement (térébration canaliculaire)*. Forme lente.

3. *L'arthrite de voisinage, par propagation lymphatique (propagation périostique ? Déchirure de la synoviale ?)*.

Ces considérations nous autorisent à discuter la conduite que nous devons tenir dans nos deux cas.

Chez le sujet de l'obs. VI, pl. IV, j'ai fait la résection de l'extrémité articulaire, en commençant le détachement par



Pl. IV (Obs. VI). — Ostéomyélite de l'extrémité inférieure du tibia, avec arthrite purulente tibio-tarsienne. — Canal purulent, diaphyso-épiphysaire, s'ouvrant par un orifice très étroit dans l'articulation. Cette coupe verticale, dans le sens de la plus grande largeur, ne permet pas de voir les irrégularités, les perforations de la diaphyse, et la destruction du cartilage articulaire, au niveau de la circonférence de l'épiphyse. — Résection de 11 cent. 1/2.

a diaphyse : j'avoue que l'irrégularité de l'extrémité infé-

rieure du tibia, ces trajets fistuleux, cet énorme épanchement tibio-tarsien, et la douleur vive qu'accusait le malade dans les mouvements de la jointure me laissaient supposer des désordres plus étendus. Mais ma conduite est légitimée par l'état du cartilage de revêtement qui était ramolli, détaché, ulcéré, non pas tant au centre, mais à la périphérie : la conservation de cette épiphyse était impossible, et résection pour résection, j'ai préféré la faire complète, et portant sur la diaphyse.

Nous nous sommes comporté tout différemment en présence de l'arthrite purulente du genou, observée chez le sujet de l'obs. I : dans ce cas, j'avais conclu, pour les raisons déjà développées, à une arthrite de voisinage, par voie lymphatique probable. J'ai fait l'arthrotomie, un lavage soigné, un drainage iodoformé, et en quelques jours la cicatrisation était complète.

En résumé, dans les cas de *térébration diaphyso-épiphysaire, avec ulcération du cartilage de revêtement de l'épiphyse, ayant amené une arthrite purulente, la résection peut être défendue.*

C. — DES RÉSECTIONS PRÉCOCES DANS LES OSTÉOMYÉLITES SUBAIGUES, RÉCIDIVANTES, MALGRÉ LES TRÉPANATIONS ET LES ÉVIDEMENTS.

Ces données anatomo-pathologiques, ces raisonnements théoriques nous ont amené à tenter encore la résection dans certaines *formes d'ostéomyélites récidivantes*, non plus chroniques, mais subaiguës.

Lorsqu'à la suite d'une trépanation faite trop tardivement ou incomplètement accomplie, avec ou sans évidemment de l'os, on voit les phénomènes locaux et généraux de l'ostéomyélite persister, il faut chercher si la cause génératrice des accidents ne réside pas dans une nécrose diaphysaire.

Nous avons même dans ces cas subaigus, un criterium qui nous permettra, au cours de l'opération, de savoir s'il y a ou non nécrose : c'est l'irrégularité de l'os périostique dans la plupart des cas, et dans tous, la possibilité de séparer la lamelle de nouvelle formation de l'os sous-jacent ; dans ces

cas subaigus la reproduction périostique est d'autant plus mince, lamellaire, qu'on est moins éloigné du début des accidents.

Nous donnons deux spécimens de ces nécroses récentes : ce sont deux tibias (1).

Le tibia représenté pl. V, obs: VII, provient d'un jeune garçonnet, opéré à Lyon pour une ostéomyélite. C'est douze jours, après le début des accidents, que notre distingué collègue et ami le D^r Gangolphe, fut appelé et pratiqua sur le champ, au voisinage de la région dia-épiphysaire tibiale des trépanations et un large évidement.

Moins de trois mois après nous pratiquions la résection des $\frac{3}{4}$ de cette diaphyse ; sur la coupe il est facile de vérifier qu'il existe :

a. Des abcès superposés dans le canal médullaire du tibia.

b. Une nécrose de la lame compacte (éburnation, teinte absolument blanche).

c. Un os périostique *en voie de formation* ; l'étui périostique n'offre



Pl. V (Obs. VII). — Nécrose diaphysaire du tibia. Sur cette coupe qui répond à la moitié supérieure du tibia, on aperçoit les foyers purulents et l'ostéite raréfiante du canal médullaire. — Les deux lames verticales blanches répondent à la diaphyse ancienne nécrosée ; elles sont érodées ; découpées à leur face interne : leur face externe plus nette est en rapport avec une lamelle périostique irrégulière, séparable, de nouvelle formation. — Résection de 14 cent. $\frac{1}{2}$ du tibia.

(1) Nous avons, dans des conditions similaires, réséqué l'extrémité inférieure de la diaphyse fémorale : cette résection a porté sur 15 cent. du fémur ; la reproduction de l'os a été rapide (voir obs. IX) et parfaite au point de vue fonctionnel.

pas partout la même épaisseur, ayant eu le soin d'en laisser le plus possible au contact de la couche ostéogène du périoste.

Les mêmes caractères se retrouvent avec une égale évidence sur la planche VI, obs. VIII; il s'agit encore de la coupe d'un tibia : le canal médullaire est remplacé par de véritables cavernes purulentes : l'os nouveau qui a germé au contact de la portion diaphysaire nécrosée, se détache avec la plus grande facilité : l'opération a été ici moins judicieusement conduite, puisque le périoste respecté, aurait du emporter la plus grande partie de cette néogaine.



Pl. VI (Obs. VIII). — Nécrose diaphysaire de l'extrémité supérieure du tibia. — Cavernes purulentes médullaires. — Osérite condensante et nécrose de la diaphyse ancienne. — Lamelle détachée sur la partie gauche (du lecteur) formée par un os périostique de nouvelle formation.

La résection dans de telles conditions est-elle légitime ? Comme cette intervention *précoce* est discutable, qu'elle a contre elle de grandes autorités chirurgicales, nous devons justifier notre conduite opératoire.

L'ostéomyélite aiguë est une affection récidivante : les nombreux cas d'ostéomyélite chronique ou prolongée qui se répètent dans les services de chirurgie, sont là pour témoigner de la fréquence et de la persistance du mal : tantôt ce sont des enfants, qu'une trépanation a soustrait aux phénomènes infectieux de l'ostéomyélite, mais que la continuité d'accidents locaux, ramène après quelques semaines, quelques mois, auprès du chirurgien. Le plus souvent ce sont des adultes, qui après une période plus ou moins longue d'assoupissement du mal, sont repris

d'accidents inflammatoires : nous avons présentes à l'esprit des observations de malades qui ont été opérés, 3, 4, 6 fois, et ces opérations ont été exécutées largement, et par des chirurgiens habitués à cette technique opératoire.

Ces cas nous ont beaucoup frappé : pourquoi l'ostéomyélite prolongée persiste-t-elle même après un traitement bien fait ? n'est-ce pas, parce qu'il peut y avoir dans certaines formes d'ostéomyélites une lésion qui n'est pas toujours justiciable du trépan ou de l'évidement ? Pour notre part, nous pensons avoir démontré que la *nécrose diaphysaire* joue un grand rôle dans ces récidives.

Comme la gravité de ces récidives n'est plus à démontrer chez l'adulte ou l'adolescent, qu'elle conduit droit à des lésions viscérales, et à un état diathésique, qui rappelle les périodes ultimes de la tuberculose, nous nous croyons autorisé à conclure que *pour soustraire les enfants à l'ostéomyélite chronique et à ses conséquences générales, il faut savoir réséquer là où le trépan et l'évidement ont été infidèles.*

S'il était utile de prolonger ce débat, le chirurgien qui résèque pourrait trouver encore sa justification dans les *conditions locales et générales* qui accompagnent ces formes d'ostéomyélite.

Quel était l'état de notre jeune collégien, trépané, évidé, au moment où nous lui avons fait subir la résection tibiale ? il existait localement des poussées inflammatoires avec œdème, rougeur extensive, et douleurs excruciantes, si cruelles que l'appétit, le sommeil étaient perdus : la fièvre atteignait 41°, les frissons se répétaient, du côté des avant-bras, de l'épaule se dessinaient des poussées ostéomyélitiques.... le lendemain de notre intervention tous ces accidents menaçants avaient disparu.

Je ne crois pas que dans ces cas pressants, des trépanations plus multipliées, un évidement étendu à toute la diaphyse, suffisent : il faut supprimer le cylindre diaphysaire nécrosé, en respectant le plus de périoste possible, sous peine de voir les accidents se répéter.

Mais à côté de ces CAS PRESSANTS d'ostéomyélite subaiguë, ec nécrose diaphysaire, qui forcent la main au chirurgien, il y a également dans quelques cas où *il n'aura pas su réséquer à temps*, à l'amputation, viennent se ranger les faits

dans lesquels les phénomènes locaux et généraux évoluent, sans créer un danger immédiat.

La conduite opératoire est dans ces formes, toute différente : le chirurgien se bornera à ouvrir les foyers périostiques et médullaires (*incisions, trépanation, évidement*), à les désinfecter : quoique toujours en éveil, au point de vue des complications viscérales, il cherchera à gagner du temps, quelques semaines, quelques mois : pendant ce temps l'os périostique, incité par la présence de la nécrose, se reformera, plus ou moins irrégulier, c'est vrai, et lorsqu'il jugera le cylindre périostique de nouvelle formation, suffisamment résistant, il interviendra pour enlever le séquestre, mobile, ou non car, comme l'a dit excellemment le professeur Ollier (1) « *on doit enlever hâtivement les parties nécrosées, si elles sont nuisibles, et attendre leur isolement si elles n'occasionnent pas d'inconvénient sérieux.* »

En résumé, dans certains cas subaigus d'ostéomyélite avec nécrose cylindro-diaphysaire, LA RÉSECTION PRÉCOCE sera encore l'opération, qui permettra dans les cas pressants, et lorsque la trépanation et l'évidement auront été impuissants, de remédier aux accidents locaux et généraux graves, et d'éviter l'amputation.

Dans les formes moins graves, moins tenaces, l'intervention n'étant plus imposée par l'imminence des accidents, sera moins précoce, et la résection ou l'extraction du séquestre ne se fera qu'après la formation d'une gaine périostique.

D. — RÈGLES OPÉRATOIRES A SUIVRE DANS LES RÉSECTIONS DIAPHYSAIRES SOUS-PÉRIOSTÉES

La résection hâtive, tardive ou précoce, dans l'ostéomyélite ne peut trouver son application que chez les enfants et les adolescents, pendant toute cette période où existent les propriétés ostéogéniques du périoste si merveilleusement étudiées par le professeur Ollier (2).

(1) OLLIER. *Loc. cit.*, I, p. 430.

(2) *Traité expérimental et clinique de la régénération des os et de la production artificielle du tissu osseux.* Paris, Masson.

C'est guidé par le souvenir des faits si probants de régénération osseuse, étudiés expérimentalement d'abord, puis pratiquement dans son *Traité des résections*, par le chirurgien de Lyon que nous nous sommes engagé dans cette voie des résections *hâtives, tardives ou précoces diaphysaires sous-périostées*.

Une règle absolue doit guider l'opérateur, CONSERVATION RELIGIEUSE DU PÉRIOSTE.

Il réalise cette condition :

1° Par un détachement soigné du périoste et de ses couches ostéogènes nouvelles, lorsqu'elles sont assez jeunes pour être soulevées par la rugine et laissées adhérentes à la face profonde du périoste : ce sont là autant de *greffes naturelles* qui abrègent singulièrement la durée de la réossification (obs. 6, 9). Ce détachement des copeaux périostiques est rendu réalisable par les dispositions anatomo-pathologiques (*lamelle séparable*), sur lesquelles nous avons longuement insisté.

2° Mais, deuxième facteur de réussite, aussi essentiel que le premier ; il faut assurer la vie de cette gaine ostéo-cartilagineuse, lui permettre d'accomplir sans encombre, son évolution physiologique, c'est-à-dire la reproduction de la diaphyse. Une *antisepsie rigoureuse* réalise cette nécessité. Ainsi est évitée la suppuration et la destruction de la couche ostéogène ou de ses produits, par cette complication.

Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire que nous avons suivi : nous nous sommes constamment inspiré des règles tracées par le professeur Ollier, dans son traité des résections (1) ; quelques détails techniques nous arrêteront cependant.

Il faut éviter les éraillures, les perforations du périoste, qui peuvent nuire à la réparation osseuse, et rendre discontinue la gaine, la gouttière périostique ; et comme il est difficile de faire manœuvrer les instruments plus ou moins courbes dans une gouttière fortement incurvée, ou étroite, nous nous sommes bien trouvé d'incisions périostiques perpendiculaires à l'os, au niveau du point où nous faisons les sections osseuses ; ces incisions sont ensuite suturées au catgut,

1) OLLIER. *Traité des résections*, p. 206 et suiv.

M. Ollier décrit ainsi ce temps opératoire (1) : « Dans une résection diaphysaire, selon que l'os est plat, cylindrique ou prismatique, on se sert d'une rugine à tranchant convexe ou concave, à direction droite ou courbe. Bien qu'avec une rugine droite et à tranchant convexe, on puisse à la rigueur suffire à tout, il faut avoir des rugines de différentes courbures pour pouvoir dénuder l'os sur tout son parcours. Pour que le périoste ne soit pas décollé plus loin que les traits de scie que l'on se propose de donner, il faut faire à la gaine périostique deux petites incisions perpendiculaires à chaque extrémité, qui formeront deux lambeaux qu'on écartera de chaque côté pour opérer la dénudation périphérique de l'os. Ce temps-là est toujours délicat : si le périoste est très adhérent, on est exposé à crever la gaine en arrière ».

Un autre point particulier de technique opératoire, est la suture au catgut des lèvres de l'incision périostique : de cette façon, l'os futur se dépose dans une gaine dont la forme régulière est assurée : c'est l'avenir qui permettra d'établir si cette pratique conseillée par Ollier (2), suivie par nous, active la réossification, et donne, en même temps qu'une forme cylindrique à l'os nouveau autant de résistance.

Nous avons constamment employé le drainage dans nos résections : au lieu de placer un drain, « occupant la longueur de la gaine ainsi suturée, et assurant l'écoulement des liquides et la forme cylindrique (Ollier), nous nous sommes servis de gaze iodoformée plongeant sous forme de mèche, aux deux extrémités de l'incision, à travers une ouverture ménagée par les sutures étagées : la voie de décharge qui répond à la zone juxta-épiphysaire, point de départ des accidents ostéomyélitiques, doit être plus large, que l'orifice commissural répondant à la section de l'os en plein tissu sain : tandis que la petite mèche de gaze iodoformée qui pénètre jusqu'au cylindre périostique est retirée, dans ce point, après 4 ou 5 jours, la grosse mèche en contact avec des tissus encore suspects (puisque pour respecter le cartilage épiphysaire, on se borne souvent à évider et à gratter, ce qui paraît malade), cette grosse mèche, dis-je, n'est

(1) OLLIER. *Loc. cit.*, p. 206.

(2) OLLIER. *Loc. cit.*, I, p. 220.

retirée que tardivement, au 12^e ou 15^e jour. Entre ces deux orifices de décharge, la suture doit viser un affrontement aussi parfait que possible.

Le pansement variera avec les habitudes du chirurgien : il ne sera renouvelé que s'il existe une complication locale, accusée par l'élévation de la température, les douleurs, etc.

E. — RÉSULTATS OPÉRATOIRES ET THÉRAPEUTIQUES

Les résections diaphysaires que nous avons pratiquées et qui sont au nombre de huit ont eu pour résultat immédiat de faire disparaître les phénomènes locaux et généraux : la température de 40°, retombait à 37° : les douleurs si pénibles accusées par les malades cessent, et toutes les fonctions (alimentation, sommeil), gravement compromises deviennent normales.

Nous n'avons observé aucune complication digne d'être notée, à part une désunion totale survenue au cours d'une fièvre vaccinale chez le réséqué du tibia de l'obs. VIII, nous avons obtenu des réunions par première intention plus ou moins parfaites : il n'est pas rare, en effet, d'observer dans les quelques semaines qui suivent la cicatrisation, l'issue de quelques petits débris osseux, séquestres minuscules, en rapport tantôt avec le plus ou moins de netteté de la section osseuse, tantôt avec une sortie tardive de parcelles primitivement malades, et non enlevées au moment de l'opération : ces éliminations spontanées répondent aux commissures drainées, et témoignent de la nécessité de ce drainage, aux points extrêmes.

Le pronostic des résections varie suivant l'os réséqué et le segment du membre auquel il appartient, suivant l'étendue de la résection, et l'intégrité des cartilages épiphysaires, suivant l'état du périoste ; l'âge est aussi un facteur important au point de vue de la reproduction osseuse.

Passons en revue tous ces éléments pronostiques, car on doit jamais oublier que dans toute résection il faut considérer la fin ! (Ollier.)

Os réséqué. — La résection portant sur un segment de membre à os parallèles (jambe, avant-bras) paraît la moins

grave de toutes : à ce point de vue la résection qui supprime tout ou partie du *péroné* n'entraîne pas de suites fâcheuses, quant au résultat ultérieur : le tibia formera toujours un tuteur assez énergique pour s'opposer aux déviations secondaires, et permettre la station et la marche, même en cas de reproduction osseuse incomplète.

Au contraire, la résection du tibia, non suivie de reproduction osseuse, devient une infirmité : nous avons le souvenir pénible d'une enfant de 16 ans, qui s'est présentée cette année, à la consultation, à l'hôpital Trousseau, et qui avait subi 5 ans auparavant, dans ce même hôpital, une résection diaphysaire des 2/3 inférieurs du tibia, pour une ostéomyélite suraiguë : il n'y avait pas eu de réossification. La jambe avait subi une forte inflexion à concavité interne, de telle sorte que l'appui sur le sol se faisait par la face externe du pied. Le péroné *hypertrophié, allongé*, par un excès de développement, débordant en haut et en bas et sortant de ses gonds, avait été l'agent de cette incurvation. Les masses musculaires étaient très atrophiées, et dans de telles conditions la marche des plus pénibles, avec une boiterie très accusée. L'appareil orthopédique que nous avons conseillé, fixant le pied, le genou avec une tige tibiale, remédiera-t-il efficacement à cette déviation ?

Le pronostic est encore sérieux, dans les résections radiales, non suivies de reproduction osseuse : nous avons été consulté, en 1886, à la Charité, alors que nous avions l'honneur d'être le chef de clinique du professeur Trélat, par un enfant de 14 ans, qui avait subi, quatre ans auparavant, dans le service dirigé alors par Gosselin, une résection diaphyso-épiphysaire des 2/3 inférieurs du radius, pour une *panostéite*. Le large plateau articulaire radial, ayant disparu sans retour, la main attirée par les radiaux et les extenseurs s'était fortement renversée en dehors et en arrière, formant un angle aigu, avec l'axe de l'avant-bras ; un appareil orthopédique que l'enfant devra porter toute sa vie, ne palliait qu'imparfaitement cette grave infirmité.

C'est pour remédier à ces déviations que Ollier conseille de conserver autant que possible le cartilage de conjugaison, qui assure un résultat fonctionnel plus avantageux, et des conditions infiniment meilleures pour la reconstitution des os : « dans un cas d'ostéomyélite avec envahissement de

l'articulation du coude, nous enlevâmes toute la diaphyse du cubitus, jusqu'au cartilage de conjugaison inférieur que nous laissâmes intact. La guérison marcha rapidement et grâce à cette disjonction de la diaphyse au niveau de son cartilage inférieur, l'articulation du poignet fut respectée, et les mouvements de la main absolument conservés » (1).

Que pareils insuccès suivent les résections diaphysaires portant sur l'humérus et le fémur, et on aura des membres ballants, absolument inutiles; il ne faut cependant pas exagérer cette crainte, car nos deux plus beaux succès de régénération osseuse concernent un humérus et un fémur (obs. 4, 9).

Étendue de la résection. — Une résection diaphysaire, sans reproduction d'os périostique, peut être suivie de consolidation, à la condition que l'écartement entre les surfaces de section permette le rapprochement des extrémités osseuses : la cicatrisation se fait ici comme dans une fracture : il se produit, plus ou moins rapidement un cal, avec un raccourcissement du membre, en rapport avec l'étendue de la résection. Mais ce rapprochement ne peut s'effectuer que dans les segments de membre à un seul os (car dans les os parallèles, le congénère, sain, forme une attelle inflexible), et c'est peut-être cette condition qui a favorisé la réossification rapide dans nos résections humérales et fémorales. C'est là d'ailleurs une hypothèse que nous émettons; sa démonstration demandera un plus grand nombre de faits que ceux que nous pouvons fournir.

Intégrité des cartilages de conjugaison.

Nous savons déjà que la conservation de l'épiphyse assure le fonctionnement ultérieur de la jointure; mais c'est encore au cartilage de conjugaison qu'est dévolu l'accroissement de l'os en longueur. Est-il détruit par l'ostéomyélite et compris dans la résection, l'accroissement ultérieur de l'os, en agueur, sera plus ou moins atteint suivant l'âge de l'enfant la fertilité du cartilage : ce sont des notions absolument

1) OLLIER. *Loc. cit.*, p. 424.

démonstrées par les travaux d'Ollier, et qu'il suffit d'énoncer aujourd'hui.

Mais cet arrêt dans l'accroissement des membres réséqués ne tient pas seulement à la soustraction des organes de l'accroissement normal de l'os; il y a deux autres causes invoquées par Ollier (1) *les troubles trophiques et les désordres anatomiques antérieurs à l'opération; 3° la persistance des troubles trophiques dans les membres que la résection n'a pu mettre à même de fonctionner régulièrement.* Nous concluons donc avec le professeur de Lyon, « *qu'il faut se méfier de toutes les observations dans lesquelles il est dit qu'un membre réséqué est aussi long que l'autre.* »

Etat du périoste. — Le périoste est tout dans la réfection de l'os.

« *Si ce périoste a été primitivement décollé par le pus, et qu'il reste en contact avec ce pus, ses éléments ostéogènes se détruisent et si la couche externe ne disparaît pas dans cette inflammation elle reste stérile* » (Ollier).

Le périoste est-il épais, plaqué de lamelles osseuses, de noyaux ostéoides disséminés, il est dans les meilleures conditions au point de vue de sa « *réossification* ». Or, ces propriétés physiques et physiologiques sont d'autant plus nettes qu'il a été plus longtemps en contact avec l'os nécrosé, qui a agi sur lui comme incitant.

« *Plus on s'éloigne, dit Ollier (p. 430, I), du moment où la fièvre et les symptômes généraux ont cessé, plus on a chance de trouver le périoste en possession de toutes ses propriétés ostéogéniques. Dès le déclin de la fièvre, les processus destructeurs s'arrêtent, et les processus plastiques s'accroissent. Le périoste s'épaissit de plus en plus, augmente de consistance et devient cartilagineux. L'os mort provoque, il est vrai, un certain degré d'irritation dans la région malade; mais cette irritation est féconde au point de vue de l'ossification: elle existe et entretient la prolifération des éléments ossifiables.* »

De là cette règle, qui doit constamment résonner à l'oreille de l'opérateur, dans l'ostéomyélite : QU'IL FAUT SAVOIR ATTENDRE LA REPRODUCTION PÉRIOSTIQUE, ET NE PAS RÉSEQUER, LORSQUE LES ACCIDENTS LOCAUX OU GÉNÉRAUX NE VOUS IMPOSENT PAS UNE INTERVENTION PROMPTE.

(1) OLLIER. *Loc. cit.*, p. 589.

Age du sujet. — Il est à peine besoin d'insister sur ce point : plus un enfant sera jeune, plus les propriétés ostéogéniques du périoste seront développées. Passé 19, 20, 25 ans, les résections diaphysaires deviennent très problématiques, et cette ressource opératoire précieuse, doit faire place à l'amputation, dans les cas graves qui ne sont pas justiciables de la trépanation ou de l'évidement.

Nous voudrions terminer ce mémoire, en donnant les résultats définitifs des *neuf résections* que nous avons pratiquées : mais nos opérations sont trop récentes pour que nos conclusions soient absolues.

Sur ce total de neuf résections, trois ont été *hâtives*, trois *tardives*, trois *précoces*. En classant les résultats nous pouvons dire que trois fois nous avons eu un résultat *parfait*, c'est-à-dire que la résection a été suivie de réossification avec conservation de longueur, de résistance du membre, et de son fonctionnement ; une fois le résultat a été *bon* ; ce qui signifie que la reproduction osseuse a été moins totale, mais que le membre a repris ses fonctions : nous classons, dans les résultats *incertains*, les cinq autres observations dans lesquelles la reproduction osseuse n'est pas *encore complète* : cependant le jeune Maurice C. a un tibia assez résistant pour pouvoir soulever le membre au-dessus du lit, sans déviation, et s'appuyer sur le pied malade dans la station droite, sans le secours de canne ou de béquilles.

Le tableau suivant résume nos résultats, et la variété de résection.

Résultats parfaits : 3.

Humérus — 13 centim. ext. sup. — *Rés. tardive.*

Ext. inf. du fémur — 13 centim. — *R. précoce.*

P. écailleuse du temporal — 6 centim. — *R. hâtive.*

Résultat bon : 1.

Ext. inf. de péroné avec décollement de l'épiphyse. — centim. *R. hâtive.*

Résultats incertains : 5.

Appartiennent à 5 résections tibiales — dont 1 *hâtive*.

(obs. I); 2 *tardives* (obs. 5, 6); 2 *précoces*. Chez le sujet de l'obs. VIII, pl. V, la consolidation tibiale marche rapidement.

CONCLUSIONS

La résection *hâtive*, *tardive* ou *précoce*, est une opération qui a ses indications spéciales dans l'ostéomyélite des enfants et des adolescents, et qui ne doit pas être systématiquement rejetée.

Elle constitue une méthode exceptionnelle, mais particulière de traitement, qui doit trouver sa place entre la trépanation et l'amputation : lorsque la trépanation a été *inefficace*, qu'elle est impuissante devant l'étendue et l'intensité des désordres, on doit préférer la résection à l'amputation. Cette thérapeutique conservatrice permet, en effet : d'*enrayer les accidents*, de *supprimer la récurrence et ses conséquences par une opération totale*, d'*espérer et d'obtenir une régénération osseuse*, avec un résultat fonctionnel, *quelquefois parfaite*.

La résection conservatrice et régénératrice peut être *hâtive*, *tardive* ou *précoce*. Les indications de la résection *hâtive*, sont les *panostéites* (Ollier) des os plats du crâne, les *pandiaphysites* (Ollier) avec *décollement de l'épiphyse*, avec *arthrite purulente*. Dans les *nécroses diaphysaires* avec *reproduction interrompue* de tissu osseux, la résection tardive portera non seulement sur le *séquestre nu*, fracturé ou fixe, mais aussi sur la *portion du cylindre nécrosée* qui est invaginée. Dans les *nécroses diaphysaires* avec persistance des phénomènes généraux intenses, menace de complications viscérales, après insuccès de la trépanation et de l'évidement, et constatation de la nécrose (*irrégularité de l'os, lamelle périostique séparable*), le chirurgien fera, EXCEPTIONNELLEMENT, une *résection précoce* : il faut tout mettre en œuvre pour pouvoir attendre l'élimination spontanée ou provoquée du séquestre, et favoriser la réossification.

Lorsque la résection n'aura pas été suivie de régénération osseuse, spontanée ou provoquée, que la difformité ne pourra pas être corrigée par un appareil orthopédique, il restera comme ressource *extrême* l'*amputation*, qui à ce

moment sera faite dans d'excellentes conditions locales et générales.

Les observations qui suivent m'ont été remises par MM. Lyot et Canniot, internes distingués des hôpitaux, que je remercie de leur collaboration.

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Ostéomyélite du tibia.* — *Arthrite suppurée du genou.* — *Réssection hâtive.* — *Arthrotomie.* — C..., André, 13 ans. Entré le 5 novembre 1888, dans le service du professeur Lannelongue, suppléé par le Dr Gérard Marchant.

Ce jeune garçon est mouleur en cuivre et a toujours été bien portant. Il y a 15 jours, il s'est piqué au pouce droit avec une aiguille en tamisant du sable. Survint un *panaris*, qui fut ouvert 4 jours après par un pharmacien. Actuellement le pouce est encore rouge tuméfié et une fistule donne écoulement par la pression a du séropus.

Il y a 7 jours, après son travail, il fut pris de douleurs dans le genou, dormit mal, sentit sa langue épaisse. Le lendemain matin, sa jambe ne lui paraissait pas enflée; ce n'est que deux jours plus tard qu'il remarqua une tuméfaction à la partie supérieure et interne de sa jambe. Dès lors, les douleurs devinrent moins aiguës.

Actuellement, l'état général du malade a une apparence d'infection bien marquée. Il n'y a ni délire ni prostration, mais le teint est jaune, les traits tirés, la langue sèche. Anorexie. T. 39°.

La jambe droite est le siège d'un phlegmon occupant toute l'extrémité supérieure; rougeur, œdème dont le maximum est à la jarretière en dedans, et descendant jusqu'à la malléole interne. Une vaste collection purulente arrivée sous la peau occupe toute la face interne et contourne en haut la crête du tibia pour s'étendre sous la peau de la région externe en haut.

L'articulation du genou est le siège d'un épanchement modéré non douloureux, sans apparence inflammatoire.

Le jour même, on incise l'abcès d'où s'écoule un pus grisâtre, sanieux, couvert de traînées huileuses. Le tibia est dénudé sur les 3/4 de sa face interne et la moitié supérieure de ses autres faces. L'os est trépané.

Le lendemain, on fait la réssection de l'os. Une longue incision est tirée sur la face interne et en haut, se recourbe en avant en L renversé.

Le tissu présente des marbrures blanches et grises, un aspect d'os nécrosé, sa surface sèche sous les yeux. On le résèque depuis le niveau de la tubérosité antérieure jusqu'à six centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. L'os fendu en long est infiltré de pus jusqu'à deux doigts au-dessous de la section inférieure. Le périoste intact en bas est à peu près détruit en haut.

Lavage à l'eau phéniquée au 1/20, suture du périoste au catgut. Un

drain est placé en bas, une mèche de gaze iodoformée en haut. Suture de la peau dans tout le reste de l'incision.

L'épanchement articulaire regardé comme séreux est respecté. Plâtre par-dessus le pansement.

La pulpe du pouce malade est incisée, et on extrait en entier la phalange qui est complètement libre.

Les deux jours suivants le malade ne se plaint pas mais la température reste à 39°.

Le 3^e jour, on trouve à la partie interne de la *clavicule gauche* une tuméfaction nettement périostique, rouge, douloureuse, doublant presque le volume de l'extrémité interne de l'os. Dès le lendemain ces phénomènes inflammatoires étaient tombés, sans formation d'abcès. Cependant les jours suivants, la température se maintient au voisinage de 39°.

Le pansement est levé le 15^e jour après l'opération et on trouve le genou avec un épanchement plus abondant, sans tension, la peau légèrement rouge. Arthrotomie, drainage de chaque côté du cul-de-sac supérieur, lavage à l'eau phéniquée au 1/20. A la jambe la réunion est parfaite. Pansement tous les trois jours. La température s'abaisse les trois premiers jours à 38° pour remonter ensuite à 39°.

Le 27. La température est revenue à la normale, les drains enlevés, pansement tous les huit jours, à partir de cette époque l'état général devient excellent, le genou guérit, il persiste un puits au niveau de la section supérieure du tibia, toujours bourré à la gaze iodoformée. La jambe reste un peu œdématiée.

15 janvier. Plâtre mis directement sur le membre.

L'extrémité interne de la clavicule gauche qui avait été le siège d'une poussée, est très déformée, du volume d'un petit œuf, les ligaments articulaires sont entièrement détruits, la clavicule est mobile dans le sens antéro-postérieur, et fait touche de piano.

25 janvier. Il ne persiste qu'un puits peu profond, entièrement recouvert de bourgeons charnus à la partie supérieure de la ligne opératoire. Le membre reste œdématié.

J'ai revu le malade le 25 février. Il n'existait pas encore de reproduction osseuse : les mouvements du genou sont possibles, non douloureux.

Obs. II (Pl. I). — *Ostéomyélite du péroné avec décollement épiphysaire*. — Résection hâtive. — La nommée R. Marie, âgée de 8 ans, entrée le 26 novembre 1888, dans le service de M. le professeur Lannelongue suppléé par le Dr Gérard Marchant. Rien à noter dans les antécédents héréditaires et personnels de cette jeune fille. Elle a la pelade depuis un an.

Il y a 15 jours, elle est tombée, chez elle, dans l'escalier. Depuis elle a souffert de la jambe et a été dans l'impossibilité de marcher.

Comme traitement, on a appliqué des cataplasmes et posé des sangsues.

Le 26 novembre à son entrée à l'hôpital, toute la région du cou-de-pied est rouge et tuméfiée ; les dépressions placées de chaque côté du tendon d'Achille n'existent plus. Les 2/3 inférieurs de la jambe sont augmentés de volume. La peau présente en dehors une coloration marbrée et en dedans une coloration rosée.

Les veines sont dilatées et bleuâtres.

Immédiatement au-dessus de la malléole externe, il existe un vaste abcès, sous-cutané, se continuant vers la région antérieure de la jambe.

L'articulation tibio-tarsienne est saine. La face dorsale du pied est fortement œdématisée.

Les mouvements du membre arrachent des cris à la malade.

La pression le long du péroné cause des douleurs d'autant plus vives que l'on se rapproche davantage de la base de la malléole externe. Les ganglions de l'aîne sont sains.

Rien au cœur ni aux poumons. Pas d'albumine dans les urines.

La figure est pâle. L'appétit et le sommeil ont disparu.

Le jour même de son entrée, on fait une incision au niveau de l'abcès, parallèle au péroné. Il s'échappe une grande quantité de pus phlegmoneux. L'abcès se prolonge en avant de l'articulation tibio-tarsienne et remonte jusqu'au 1/3 supérieur de la jambe.

Le péroné est dénudé sur une hauteur de 12 centimètres et détaché à l'union de l'épiphyse inférieure avec la diaphyse.

Lavages de la cavité avec la solution phéniquée au 20°. Pansement humide.

27 novembre. La malade endormie, on prolonge par en haut l'incision faite la veille et l'on découvre toute la partie malade. Le périoste est entièrement décollé sur une hauteur de 12 cent. Le péroné est blanc comme lavé. Le décollement épiphysaire apparaît nettement.

Réssection de 15 cent. de péroné en évitant de blesser le nerf musculocutané.

En bas, au voisinage de l'épiphyse on gratte avec la curette et on laisse l'épiphyse en place. Lavage. Suture du périoste au catgut. Réunion superficielle au crin de Florence. Drain à la partie inférieure. Pansement iodoformé.

Le 28. Température, le matin, 37° ; le soir, 39°.

1^{er} décembre. Pansement. Légère suppuration à la partie moyenne de la jambe, et désunion à ce niveau. Partout ailleurs, réunion par intention. On enlève les points de suture, mais on laisse le drain.

A partir de ce jour, l'enfant n'a plus jamais eu de fièvre.

Le 10. Suppression du drain. La plaie est fermée au niveau du petit abcès signalé plus haut.

15 janvier. Guérison complète. Sur le trajet du péroné, on sent qu'il y a un commencement de reproduction ; mais la sensation que l'on obtient est différente de celle que donne le tissu osseux ; le péroné nouveau est encore élastique.

Examen du péroné enlevé : Il existe, comme nous l'avons dit, un décollement épiphysaire. Le péroné enlevé a une longueur de 13 centimètres. Il est dénudé, dans toute sa hauteur, sur ses faces externe et postérieure ; le périoste persiste sur la face interne au voisinage du ligament interosseux. Il existe en ce point une couche d'os nouveau qui recouvre l'os ancien.

Partout ailleurs, le péroné est *blanc, lavé, mortifié*.

La 1/2 inférieure de la portion enlevée est atteinte d'ostéite raréfiante, et infiltrée de pus.

25 février 1889. L'enfant part en convalescence, complètement guéri : la reproduction osseuse me semble à peu près complète, bien

qu'il y ait un point où le cylindre osseux est réduit à une petite épaisseur. L'enfant marche très bien, et je considère ce résultat, non comme parfait au point de vue de la réossification, mais comme *bon*, et des plus satisfaisants, au point de vue du retour des fonctions.

OBS. III. — Ostéomyélite aiguë du temporal. — Résection hâtive de la portion écailleuse du temporal.

Le nommé Paul P., chaudronnier, entré dans le service du professeur Lannelongue suppléé par le D^r Gérard Marchant. Le 20 octobre 1888, il a été soigné, me dit-on, pour une *fièvre typhoïde* en médecine, et on nous l'adresse pour une *carie du rocher consécutive à une otite*.

Je constate derrière l'oreille gauche de l'empâtement, de la douleur, et je n'hésite pas devant ces phénomènes locaux, et en présence des troubles généraux présentés par cet enfant à pratiquer, le *jour même*, la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Cette opération est faite en suivant la technique opératoire récemment proposée par le professeur Duplay (1). Mais grande fut ma surprise de constater que l'apophyse mastoïde était *relativement saine* et que la pénétration jusqu'au niveau de l'oreille moyenne établie, il ne passait aucun liquide par le conduit auditif externe.

Je prolongeai alors mon incision, verticalement en haut, de façon à découvrir toute la région recouverte de pus, et qui répondait à la base de l'apophyse mastoïde et à la portion écailleuse.

Je tombai alors sur un temporal infiltré de pus, exhalant l'odeur infecte des os atteints d'ostéomyélite, et à ce moment seulement je reconnus que j'avais fait une *erreur de diagnostic entraînant* un vice thérapeutique, et que la carie mastoïdienne n'était autre qu'une ostéomyélite du temporal. La fièvre typhoïde dont on venait de me parler, fièvre typhoïde avec langue sèche, anorexie, constipation, ballonnement du ventre, *sans taches rosées*, répondait à la *forme typhoïde de l'ostéomyélite*.

Revenons aux lésions du temporal. L'écaille du temporal est dénudée sur une surface qui répond aux dimensions d'une pièce de 5 francs. L'os est mat, dur, blanc grisâtre, manifestement infiltré de pus; très odorant. Toute cette portion malade de l'écaille, y compris la base de l'apophyse mastoïde, est enlevée à la gouge, copeau par copeau, jusqu'à ce qu'on atteigne en surface les limites de l'os sain. En profondeur on arrive jusqu'à la face profonde de l'os, et on ouvre un foyer purulent, du volume d'une petite noix, étalé entre l'os et la dure-mère, cette collection purulente formée de pus visqueux est soulevée par les battements de la dure-mère : elle répond à la partie postérieure de l'apophyse mastoïde, un peu au-dessus du niveau de sa base.

Pansement à la gaze iodoformée, après désinfection soignée de la zone opérée, etoclage de pus au contact de la dure-mère.

Dès le lendemain la température tombe à 37°, nous nous félicitons de ce résultat, lorsqu'on nous apprend que l'enfant continue à vomir lorsqu'il se soulève ou dès qu'on le remue pour faire son lit. Ce

(1) DUPLAY. De la trépanation de l'apophyse mastoïde. *Arch. générales de médecine*, 1888.

symptôme inquiétant persiste pendant plusieurs jours, lorsqu'au 9^e jour après l'opération la température monte le matin à 40°, et atteint le soir 40°,5.

En présence des vomissements, de l'élévation brusque de la température, du vertige accusé par l'opéré, je juge nécessaire de défaire le pansement, et d'inspecter la plaie, *sous le chloroforme*. Le 30 octobre je procède à cet examen : la plaie du cuir chevelu, la brèche temporale bourgeonnent, et la plaie a un aspect des plus satisfaisants : la dure-mère est toujours visible au fond de la brèche ; elle se soulève sous l'influence des battements artériels du cerveau, et des oscillations du liquide céphalo-rachidien en rapport avec les mouvements respiratoires. Voulant m'assurer qu'il n'y avait pas de méningo-encéphalite, d'abcès sous-dure-mérien, j'incise avec une pince et un bistouri la dure-mère. A peine avais-je fait une entaille légère qu'on jet de sang veineux, saccadé comme le pouls, s'échappe de la plaie dure-mérienne, j'avais ouvert le sinus latéral : j'applique avec précaution une pince à forcipressure sur le point qui donne, et je continue mes recherches. Après m'être bien convaincu qu'il n'y avait de ce côté là rien de palpable, d'accessible, je me mets en mesure de procéder au pansement. Comment devais-je me comporter vis-à-vis de la plaie du sinus latéral : laisser la pince me semblait présenter des inconvénients sérieux à cause de la région : j'imprimai alors à ma pince deux ou trois mouvements de torsion, et je la retirai délicatement : à ma grande satisfaction, il ne s'écoule pas une goutte de sang. Après désinfection soignée, nouveau bourrage à la gaze iodoformée et pansement.

Le lendemain de cette intervention, et les jours suivants, nulle modification ; la température oscille entre 39° et 40°. J'étais toujours très préoccupé par cet état de choses, lorsque le 2 novembre après une température de 41°,5 le malade accuse une vive douleur dans le pied ; l'interne du service, M. Lyot, constate alors de l'empatement au niveau de la malléole externe, avec rougeur de la peau, œdème du pied et douleur à la pression remontant le long du péroné jusqu'à son 1/3 supérieur ; il n'y a pas d'épanchement dans l'articulation tibio-tarsienne. Nulle complication viscérale.

Les symptômes locaux ayant augmenté, une intervention est jugée nécessaire : incision sous chloroforme, le long de l'extrémité inférieure du péroné : pas de foyer purulent : le périoste est épaissi ; infiltré, se décolle facilement. L'os est évidé au niveau du cartilage de conjugaison : il ne renferme pas de pus ; le lendemain et les 4 jours suivants la température est encore à 38°, puis, elle revient à la normale définitivement.

L'état général du malade s'améliore rapidement ; l'incision des parties molles, au niveau du temporal se limite peu à peu, mais il persiste une fistulette conduisant sur une partie dénudée de l'os.

10 janvier 1889. On sent un séquestre mobile, qui est extrait facilement ; il est long de 2 cent. et correspond à un point du pour-jur de la résection.

Le 30. Il ne restait plus qu'un petit bourgeon charnu, et quelques ours après l'enfant sortait guéri.

OBS. IV (Pl. II). — *Ostéomyélite de la diaphyse de l'humé-*

rus. — *Ostéite bipolaire.* — *Réssection du séquestre libre et de sa portion invaginée.*

Le nommé B., Prosper, âgé de 9 ans 1/2, entre le 15 juillet 1888, à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, lit n° 32, service de M. le professeur Lannelongue, suppléé par le docteur Gérard Marchant. Il est malade depuis 11 mois. L'affection a débuté brusquement par des douleurs vives dans le bras droit. Elle a été accompagnée de suppuration et de fièvre.

A son entrée à Trousseau son état est le suivant :

L'humérus droit est hypertrophié dans toute la longueur de sa diaphyse et au niveau de ses extrémités inférieure et supérieure. Il en résulte une gêne marquée des mouvements du coude et de l'épaule.

Au coude les mouvements de flexion ne peuvent pas dépasser l'angle droit.

A l'épaule les mouvements d'adduction et de rotation sont très limités. Le malade est dans l'impossibilité de mettre la main sur la tête.

A la face interne du bras existe un trajet fistuleux qui vient s'ouvrir à 6 centim. au-dessous de l'insertion humérale du grand pectoral. Il sort par cette fistule une assez grande quantité de pus de bonne nature.

Ce trajet se dirige en haut vers l'épaule. Si on y introduit un stylet, on arrive sur un os dénudé, irrégulier, rugueux ; mais on ne sent pas de séquestre mobile. La partie supérieure du bras et la partie antérieure de l'aisselle sont le siège d'une tuméfaction chronique.

Au devant du grand pectoral, on remarque de nombreux réseaux veineux se dirigeant vers l'aisselle.

La pression sur la diaphyse humérale éveille des douleurs modérées.

L'état général est satisfaisant. L'appétit est conservé. Il n'y a pas de lésions pulmonaires.

Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

Le 25 juillet. M. Marchant fait une incision à la partie interne des bras au niveau du trajet fistuleux. Il arrive ainsi sur l'humérus qui est mortifié et séparé en haut de l'épiphyse. En bas l'os ancien est entouré d'une couche d'os nouveau.

M. Marchant résèque tout le 1/3 supérieur de la diaphyse. Le fragment enlevé ne comprend pas la tête humérale ni les tubérosités ; mais celles-ci étaient altérées en partie et ont été grattées avec la curette.

L'articulation de l'épaule a été entièrement respectée.

On lave la cavité ; on la remplit de gaze iodoformée et l'on met quelques points de suture. Le membre est immobilisé dans un appareil plâtré.

Les jours suivants, le malade va bien et n'a pas de fièvre.

Le 2 août on fait le 1^{er} pansement. La suppuration est assez abondante. Malgré cela, la plaie est réunie en haut et en bas. On enlève les points de suture, on lave et l'on remplit la cavité de gaze iodoformée.

Le 15 septembre. La plaie est fermée. On met un autre appareil plâtré et deux mois après on trouve l'humérus reproduit. Les mouvements de l'épaule sont plus libres qu'avant l'opération et l'on ne

trouve plus cette tuméfaction de la racine du membre que l'on remarquait au moment de l'entrée du malade à l'hôpital.

Le raccourcissement du membre est insignifiant.

OBS. V (Pl. III). — *Ostéomyélite aiguë du tibia. — Insuccès des trépanations. — Résection consécutive.*

François, 9 ans 1/2 entré le 3 octobre 1888. Service du professeur Lannelongue suppléé par le Dr Gérard Marchant.

Début il y a 8 jours par de la courbature généralisée, et une douleur vive dans le membre inférieur droit. Le malade s'alite, perd l'appétit, ne dort plus.

Actuellement on voit à la face interne du tibia dans les tiers supérieur une rougeur érysipélateuse, mal limitée, avec tuméfaction. Pas de trainée lymphangitique, mais quelques branches veineuses dilatées. La pression est très douloureuse, et on sent à la face interne du tibia une collection purulente profonde. Les ganglions du pli de l'aîne sont un peu augmentés de volume. Pas de fièvre.

Le lendemain, incision de l'abcès; on trouve une dénudation des faces interne et postérieure du tibia dans la moitié supérieure. La face externe est adhérente au périoste. Trois trépanations sont faites à 3 centim. l'une de l'autre par M. Lyot et donnent issue à du sang mêlé de filaments purulents. La plaie est bourrée à la gaze iodoformée. Pas de fièvre le soir ni les jours suivants. Pansement tous les 8 jours. Tout gonflement est disparu et on voit au fond de la plaie le tibia complètement dénudé, éburné.

Le malade est pansé tous les 8 jours et reste absolument dans le même état sans que le tibia se recouvre.

Opération le 28 décembre. — Incision le long de la face interne du tibia que l'on prolonge jusqu'au 1/4 inférieur de la jambe. Dans toute cette étendue, sauf au niveau du point qui est resté dénudé depuis la trépanation, l'os est masqué par une couche nouvelle. On explore cette couche au trépan dans plusieurs endroits, et partout on tombe, au centre, sur un os nécrosé. Le tibia est alors réséqué jusqu'au 1/4 inférieur. La surface de section du fragment inférieur de l'os renferme encore l'extrémité inférieure du séquestre déjà légèrement mobile. Elle est enlevée à la curette. Suture du périoste. Plâtre par-dessus le pansement. Les jours suivants, le malade va bien. Pas de fièvre. Pansement tous les 8 jours.

25 janvier. Il ne reste qu'une très-petite plaie superficielle à la partie supérieure de l'incision.

25 février. Sur toute la longueur de la portion osseuse réséquée on sent de la rénitence, cartilagineuse, mais il n'y a pas encore de reproduction osseuse.

OBS. VI (Pl. IV). — *Ostéomyélite inférieure du tibia : évidemment à la période aiguë. — Retour des accidents 6 mois après avec arthrite tibio-tarsienne. — Résection tardive.*

F., 10 ans, entre le 10 octobre 1888, service du professeur Lannelongue suppléé par le Dr Gérard Marchant. Salle Denonvilliers, n° 13.

Ce malade entre une première fois le 3 avril 1888 au n° 33. Il a tous les signes d'une ostéomyélite aiguë qui date de 8 jours.

Rougeur vive et gonflement douloureux occupant toute la face interne de la moitié inférieure de la jambe. Le malade est opéré le lendemain de son entrée.

On trouve un abcès sous-périostique étendu au tiers inférieur de la face interne. M. Prengrueber *ouvre largement à la gouge* l'extrémité inférieure de l'os. On trouve du pus infiltré dans le canal médullaire.

La réparation est rapide. Le malade sort le 28 mai.

Il *entre de nouveau le 18 octobre*. Il s'est formé depuis 8 jours une petite fistule au niveau de la cicatrice opératoire.

Le tibia est augmenté de volume.

L'*articulation tibio-tarsienne* est gonflée pleine de liquide, sans rougeur, avec des veinosités sous-cutanées. La douleur dans les mouvements est très vive et le malade ne peut marcher. Pas de fièvre.

27 octobre. *Opération* : Incision sur la face interne de la moitié inférieure de la jambe. L'os est volumineux, rugueux à sa surface et présente au niveau de l'ancien foyer d'évidement une perforation conduisant dans le canal médullaire.

En imprimant des mouvements à l'articulation tibio-tarsienne on fait sortir par la perforation un liquide séro-purulent. Toute l'extrémité inférieure de l'os, y compris le plateau articulaire est réséquée = 11 cent. l'articulation renferme un liquide séro-purulent ; ses surfaces ne sont pas altérées. L'os fendu en long est infiltré de pus et un canal tortueux, en bayonnette parcourt le tissu spongieux de l'épiphyse, mettant en communication le canal médullaire et l'articulation par une très petite perforation du cartilage diarthrodial.

Le périoste est suturé. De même la peau, sauf en haut où on place un drain et en bas où sort une mèche de gaze iodoformée pénétrant dans l'articulation. Plâtre par-dessus le pansement. Suites des plus simples, pas de fièvre, réunion par 1^{re} intention de la suture au bout de 8 jours. Il persiste seulement en bas un puits pénétrant dans l'articulation et bouché à la gaze iodoformée.

10 décembre. Il n'y a plus qu'un petit drain en bas. Une gouttière plâtrée est appliquée directement.

25 janvier. Plus de plaie, on ne sent pas encore de reformation osseuse.

25 février 1889. Même état.

OBS. VII (Pl. V). — *Réssection précoce dans un cas de nécrose diaphysaire du tibia d'origine ostéomyélique. — Récidive malgré une trépanation et un large évidement.*

Maurice C., âgé de 14 ans, fait une chute de vélo-pède en août. Douleur du côté du tibia gauche, fièvre; quelques jours après cet accident phénomènes de phlegmon pour lesquels le médecin traitant demande l'assistance d'un chirurgien. L'enfant étant tombé malade, pendant les vacances, aux environs de Lyon, le Dr Gangolphe, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de cette ville, est appelé. Il reconnaît immédiatement la nature ostéomyélique de l'affection, et il pratique une trépanation et une large brèche dans la partie supérieure du tibia, 12 jours après le début des accidents. Phénomènes d'accalmie qui succèdent à cette intervention. En octobre, l'enfant rentre à Paris, et le Dr Richardière, est appelé à lui donner des soins.

Notre très distingué collègue trouve l'enfant avec de la fièvre, de la suppuration tibiale, s'accompagnant de douleurs qui suppriment l'appétit, le sommeil; il existe un état infectieux des plus prononcés, et c'est dans ces circonstances que je suis appelé à voir le malade.

Je constate du côté du tibia, une large brèche osseuse qui livre passage à du pus, mais il existe de l'œdème rouge, tout le long de ce tibia : la pression est des plus pénibles tout le long de la face interne de cet os et l'exploration avec le bout mousse d'un crayon arrache des cris au malade. Il est pâle, défait, se plaint de douleurs au niveau de l'attache du deltoïde, et au niveau de la tubérosité antérieure du radius. La température monte le soir à 41°, et s'accompagne de frissons.

Après avoir constaté la large brèche faite au tibia, l'état de la plaie qui, soignée antiseptiquement par le Dr Richardière, n'est plus la cause des accidents locaux et généraux, je pense que la reprise des phénomènes infectieux est due à une nécrose diaphysaire, et je propose une nouvelle intervention. C'est au cours de cette intervention que j'ai trouvé le tibia nécrosé, entouré par un os périostique nouveau : qu'une série de trépanations m'ont permis de constater l'infiltration purulente du canal médullaire, et que, dans l'impossibilité de faire une opération complète par la trépanation et l'évidement, j'ai pratiqué, en novembre 1888, la *résection précoce de ce tibia*, sur une longueur de 14 cent. 1/2 (voir pl. V) : c'était le seul moyen d'améliorer l'état général menaçant.

Les suites opératoires ont été des plus simples. Au moment où j'écris ces lignes (février 1889), la plaie opératoire est fermée. Il y a reproduction *en partie* du tissu osseux, l'enfant se tient debout, en appuyant légèrement sur le membre réséqué; il peut le soulever au-dessus du plan du lit. J'espère que ce résultat, que je classe encore dans les incertains, me donnera un succès parfait.

OBS. VIII (Pl. VI). — *Ostéomyélites multiples*. — *Résection du tibia*. — L., Emile, 3 ans, entré le 20 octobre 1888, service du professeur Lannelongue, suppléé par le Dr Gérard Marchant, salle Denonvilliers, n° 20.

L'enfant jusque-là bien portant, contracte la *scarlatine au mois de juillet dernier*? A la suite se montrent plusieurs abcès : l'un à la jambe gauche.

Un autre sur le côté droit, qui fut ouvert par son médecin.

Un sur la racine du nez à l'angle interne de l'œil gauche.

Un à l'extrémité externe de la clavicule gauche.

Depuis, tous ces abcès sont restés et sont encore fistuleux.

L'enfant est gras, de bonne apparence, sans lésions viscérales, sans aucun autre antécédent personnel ou héréditaire.

La *jambe gauche* offre les altérations les plus importantes : elle est augmentée de volume et la tuméfaction porte manifestement sur le tibia dont le volume est triple de celui du côté opposé. Cette tuméfaction porte seulement sur la diaphyse et surtout sur son extrémité supérieure. Au niveau de la jarretière, en dedans, il existe une cicatrice allongée, adhérente à l'os, avec un trajet fistuleux.

Le stylet arrive d'abord sur une surface dénudée correspondant à l'os volumineux, glisse et pénètre nettement dans une trépanation

osseuse au fond de laquelle on sent un séquestre central qui ne paraît pas mobile.

Au-dessous de la 9^e côte existe une cicatrice allongée en avant de la ligne axillaire, et en palpant à ce niveau on sent une dépression qui se voit aussi dans les efforts inspiratoires, comme si un fragment de côte faisait défaut sur une longueur de 4 cent. Rien dans la poitrine.

Au niveau de la moitié externe de la *clavicule gauche* existe un empatement adhérent à cet os. La pression fait sortir du pus par un trajet fistuleux qui siège à 3 cent. en dedans de l'extrémité externe de la clavicule sur sa face dorsale.

Le stylet rencontre un séquestre mobile qui se présente à l'orifice cutané.

L'exploration du trajet fistuleux situé à l'angle interne de l'œil conduit sur une surface dénudée paraissant correspondre à la branche montante du maxillaire supérieur.

Opération le 25 octobre. — Incision de 15 cent. le long de la face interne du tibia, commençant à la jarretière. On reconnaît un os énorme rugueux, perforé en deux points. Le périoste se décolle avec la plus grande facilité. Le tibia est sectionné en deux points avec l'ostéotome et le maillet. En haut, au niveau de la tubérosité tibiale, l'autre point 12 centim. plus bas. La cavité médullaire de l'os est infiltrée de pus jusqu'au niveau de la surface de section supérieure. En bas, la section porte sur un os sain. L'épiphyse supérieure du tibia trop voisin de l'articulation est évidée à la curette; on reconnaît facilement sa partie centrale friable, sèche, en voie de nécrose.

Le périoste est suturé au catgut, puis les téguments. Drains aux deux extrémités. Appareil plâtré par-dessus le pansement.

Sur la *clavicule* malade une incision est faite passant par la fistule et découvre l'extrémité d'un séquestre mobile invaginé dans une volumineuse clavicule formée d'os nouveau. Il suffit d'exercer une traction sur ce séquestre pour le sortir en entier de sa gaine; il a exactement la forme de l'os ancien, bien qu'il soit amoindri, en quelque sorte rongé, déchiqueté.

La température est normale après l'opération. Pansement au bout de 8 jours: il y a désunion complète, mais toute la surface bourgeonne et a bon aspect. Il faut dire que le malade vacciné deux jours après l'opération eut 4 grosses pustules vaccinales. Le pansement est renouvelé tous les 8 jours et la plaie se comble peu à peu.

15 novembre. Le membre est placé directement dans une gouttière plâtrée. La jambe a de la tendance à s'incurver en dedans.

10 janvier. La cicatrisation est terminée.

La clavicule était entièrement cicatrisée 15 jours après l'opération. Il persiste une fistule à l'angle interne de l'œil.

Ce malade a quitté l'hôpital avec un appareil silicaté qui permettait la marche; nous n'avons aucun renseignement précis sur son état local.

OBS. IX. — *Ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur.* — Résection précoce de 13 centim. du fémur. — Résultat thérapeutique parfait.

D..., Léon, 10 ans 1/2, entré le 13 octobre 1888, salle Denonvilliers, n° 5, service de M. le professeur Lannelongue, suppléé par le docteur Gérard Marchant.

Le début de son affection remonte à 25 jours : il avait rapporté des Halles un lourd panier. En rentrant il éprouva des douleurs sourdes dans le genou ; le soir il se mit au lit avec de la céphalalgie.

Le lendemain, un médecin appelé craint une fièvre muqueuse et fait appliquer un vésicatoire au-dessus du genou. Les symptômes douloureux s'amendent, la fièvre tombe, mais le genou reste légèrement douloureux et le médecin conseille aux parents d'aller prendre avis, à la consultation de Trousseau.

Actuellement, la *jambe gauche* ne présente à la vue qu'une augmentation de volume au-dessus du genou. Pas de changement de couleur de la peau, pas de veinosités, pas d'atrophie. A la palpation en suivant le fémur de haut en bas, on sent une tuméfaction péri-osseuse qui commence un peu au-dessous de la partie moyenne jusqu'aux condyles lesquels sont normaux. Elle est uniforme, dure, en forme de manchon, à peine douloureuse. Elle rappelle certains cas volumineux des fractures de cuisse. La face postérieure de la cuisse présente au-dessus du jarret une légère tuméfaction apparente, et à la palpation profonde, on sent, non plus une tuméfaction dure, mais une fluctuation sous-périostique difficile à percevoir, répondant immédiatement au-dessus de l'espace intercondylien. C'est en ce seul point, et à une pression forte, que le malade accuse une douleur assez vive.

Aucun antécédent, jamais de maladie grave, mais toujours chétif jusqu'à l'âge de 8 ans.

T. 40°, 6 le soir, langue légèrement saburrale. État infectieux.

16 octobre. *Opération* : l'abcès est ouvert par une longue incision postéro-externe commençant au-dessus du condyle.

Il s'écoule environ 100 gr. de pus recouvert de gouttes huileuses. Le périoste est infiltré de pus et une trépanation spontanée existe à la partie postérieure au-dessus de l'espace intercondylien. D'un coup de rugine, on peut s'assurer que le gonflement de l'os est dû à des couches osseuses nouvelles déposées autour d'un os ancien déjà blanc. Le périoste épaissi, mais encore adhérent, est décollé tout autour du fémur, et on résèque l'os par deux sections au ciseau, l'une immédiatement au-dessus des condyles, l'autre 15 centim. plus haut. Les deux surfaces de section du fémur, en haut et en bas, présentent une infiltration purulente de la moelle, elles sont grattées à la curette. Suture du périoste, des muscles, de la peau. Drain à la partie inférieure de l'incision. Appareil plâtre par-dessus le pansement.

Le lendemain, pas de douleur, pas de température, bon état général.

Le 20. T., 39°, le soir.

Le 24. Pansement. On reconnaît que la fièvre était due à un petit abcès superficiel formé au niveau d'un des points de suture. Il est évacué à la sonde cannelée.

Le lendemain, plus de fièvre.

Le 28. Pansement, réunion parfaite ; il ne reste que le drain à la partie inférieure de la plaie. Extension de 3 kilog. sur le membre.

Pansement tous les 8 jours, le drain est raccourci peu à peu.

5 novembre. Plus de drain, plâtre appliqué immédiatement sur la peau ; l'extension est continuée.

1^{er} décembre. Plus de plaie, plus de pansement.

Le 25. Le malade contracte la diphtérie et passe au pavillon.

10 janvier. Le malade revient ; la cicatrice s'est ulcérée superficiellement sous l'influence de la diphtérie. Le fémur est *solide*.

25 février 1889. La régénération osseuse est parfaite, ainsi que la solidité : le raccourcissement est insignifiant, et ne dépasse pas un centimètre.

M. VERCHÈRE craint que les résultats lointains ne soient pas aussi beaux que les résultats immédiats. Il a suivi un jeune homme auquel on avait enlevé le péroné et qui présentait une forte déformation de la jambe ; une opération complémentaire a été nécessaire et n'a donné que des résultats imparfaits.

Dans la thèse de Demoulins on voit que Trélat conseille d'emblée l'amputation du membre ; et cependant il s'agit là d'individus âgés qui ne doivent plus se développer et chez qui la résection donnerait de meilleurs résultats.

Dans la résection pour ostéomyélite aiguë la résection est presque faite, et il n'y a pour ainsi dire qu'à enlever un os qui est déjà détaché. Si par des trépanations nombreuses on peut arriver à évacuer complètement le pus, cela doit suffire.

M. POTHERAT. — J'ai présenté une clavicule fistuleuse réséquée sur un jeune homme de 21 ans ; la réparation s'est bien faite.

M. G. MARCHANT. — Dans le cas d'ostéomyélite aiguë qu'il a réséquée, l'intervention était pressante, et il a préféré la résection à l'amputation. Quant aux résultats tardifs ils peuvent laisser quelques craintes ; il a vu en effet des cas où la réparation était incomplète ou nulle, ou difforme. Chez des enfants, on a des chances de voir se reproduire l'os, et lorsque les épiphyses sont conservées, le raccourcissement n'est jamais considérable.

ÉLECTIONS

M. BOIFFIN est nommé membre correspondant.

MARS

Séance du 1^{er} mars 1889.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL

Péricardite tuberculeuse.

M. NETTER rappelle une présentation de péricardite supposée tuberculeuse faite par M. Hudelo dans la séance du 21 décembre. Il a inoculé un cobaye avec le sang du péricarde ; l'animal a succombé depuis, à une tuberculose généralisée, fait qui confirme le diagnostic.

Ulcère de l'estomac.

M. CORNIL présente un ulcère simple de l'estomac ouvert dans la cavité abdominale.

La malade âgée de ans a succombé à une gastrorrhagie. Elle avait présenté pendant la vie des signes de tumeur du pylore et on avait cru à un cancer.

L'estomac est dilaté ; la perforation est plus grande qu'une pièce de 2 francs, ses bords sont taillés à pic, bordés de houpes de fibrine faciles à voir sous l'eau ; elle communique avec une cavité irrégulière, grise et gangreneuse, dont la paroi postérieure est formée par le pancréas, la supérieure par le bord inférieur du lobe gauche du foie, l'antérieure par la paroi antérieure de l'abdomen. C'est cette cavité gangreneuse qui donnait lieu à la fausse tumeur pylorique.

On trouve l'origine de l'hémorrhagie dans une artère ouverte, voisine du pancréas et qui est probablement la pancratico-duodénale.

Les reins sont durs, scléreux.

Les ovaires contiennent des kystes.

La face supérieure du foie est recouverte de fausses

membranes qui forment d'intimes adhérences avec le diaphragme.

Note sur un cas d'anomalie des vaisseaux et du canal excréteur du rein, par M. P. SEBILEAU, prosecteur des hôpitaux et M. LÉON MODIANO, externe des hôpitaux.

Voici la description d'une pièce anatomique que nous avons disséquée et préparée à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Elle provient d'une femme âgée de soixante ans environ, scolio-tique, et morte d'une maladie indéterminée.

Des deux reins, le droit est petit, et représente à peine la moitié du volume du rein gauche légèrement augmenté de volume. Tous les deux, le gauche surtout, sont durs, bosselés et résistants à la coupe. Ils ont, du reste, l'un et l'autre, leurs rapports normaux.

Le rein droit est remarquable par la disposition particulière de ses vaisseaux et celle de son canal excréteur. Il reçoit deux artères afférentes, l'une supérieure dont le diamètre représente à peu près la moitié de celui d'une artère rénale normale, l'autre inférieure beaucoup plus petite. La *première* part de la face postérieure et droite de l'aorte, passe derrière la veine cave inférieure, puis rencontre la veine rénale en dessous de laquelle elle se dirige transversalement vers le hile du rein. Vers le milieu de son trajet, elle se bifurque en deux branches qui se partagent, chacune, en trois rameaux. La branche supérieure vascularise l'extrémité supérieure du rein, la branche inférieure tout le tiers moyen de l'organe.

La *seconde* émane de la face antérieure et droite de l'aorte, à 4 cent. au-dessous de la précédente.

Elle se dirige en dehors, passe en avant de la veine cave, puis en arrière de la veine utéro-ovarienne droite qu'elle croise perpendiculairement et vient enfin se jeter, sans se diviser, à l'extrémité inférieure et interne du rein. Son volume est moitié moindre que celui de la précédente, il équivaut à peu près à celui d'une artère radiale de femme.

Il existe également deux veines rénales, l'une supérieure assez volumineuse, l'autre inférieure plus grêle. Toutes les deux aboutissent à la veine cave inférieure ; leur embouchure est séparée par un intervalle de deux centimètres environ. La *veine rénale supérieure*, située en avant de l'artère correspondante, se divise en quatre branches dont le territoire et la distribution représentent ceux de l'artère : trois de ces branches sont situées en avant des rameaux artériels ; la quatrième, plus petite, contourne en haut l'artériole supérieure, se place en arrière d'elle et vient se perdre vers le milieu du bord interne du rein.

La *veine rénale inférieure* partie de l'extrémité inférieure du bord interne du rein, comme l'artère, se dirige en dedans parallèle-

ment à celle-ci, et se divise bientôt en deux branches qui se séparent pour aller s'aboucher, toutes les deux, dans la veine cave inférieure, à un centimètre de distance, l'une au-dessus de l'autre. Cette veine reçoit perpendiculairement la veine utéro-ovarienne droite.

Le système excréteur est formé par deux uretères dont le volume est sensiblement égal sur toute l'étendue.

L'*uretère externe* naît de la partie inférieure du bord interne du rein par un bassinnet volumineux, limité en bas par l'artère rénale inférieure et en haut par la branche inférieure de division de l'artère rénale supérieure qui le recouvre un peu. Ce bassinnet est postérieur aux vaisseaux.

L'*uretère interne*, moins volumineux, naît du centre du bord interne du rein par un bassinnet de moindre volume, mais plus allongé, caché presque tout entier par les rameaux veineux et artériels de la veine et de l'artère rénales supérieures.

Les deux uretères suivent le même trajet ; ils sont accolés l'un à l'autre par du tissu cellulaire lâche qui permet facilement leur dissociation. Dans le bord inférieur du ligament large, à quatre centimètres de la face postérieure de la vessie, ils se réunissent l'un à l'autre et se terminent par un cordon dont le volume ne représente pas le double de chacun d'eux et qui vient se jeter, comme c'est la règle, à la face postéro-inférieure du réservoir vésical. Les deux uretères sont perméables ; l'un et l'autre ont le volume d'un uretère normal.

A gauche, l'artère rénale, volumineuse, naît de la face gauche de l'aorte et se dirige en dehors, vers le bord interne du rein, pour se diviser en trois branches qui pénètrent aussitôt dans la substance rénale et dont l'une se dirige vers la partie inférieure de l'organe.

La veine rénale, située en avant de l'artère naît, de la partie médiane du hile par deux branches d'égale volume, l'une inférieure, l'autre supérieure. Elle se dirige en dedans parallèlement à l'artère, passe en avant de l'aorte, et vient se jeter sur le côté gauche de la veine cave, sur un point symétrique à celui où s'abouche, du côté opposé, la veine rénale supérieure qui ne représente du reste que la moitié de son volume. Elle reçoit la veine utéro-ovarienne gauche dont le volume est le même que du côté droit.

En arrière des veines et des artères naît l'uretère par deux bassinets, l'un supérieur grêle et long, l'autre inférieur court, volumineux. Le supérieur, situé au niveau du hile, est en partie caché par les ramifications vasculaires ; l'inférieur, qui les déborde en bas complètement, est visible sur toute son étendue. Il répond donc à l'extrémité inférieure de la glande. Après un trajet de 4 centim. pour le premier, et de deux pour le second, ces deux bassinets se réunissent en un point légèrement dilaté, et donnent ainsi naissance à l'uretère dont le trajet, le calibre, la forme, la situation et les rapports sont absolument normaux.

RÉFLEXIONS. — Les anomalies des vaisseaux du rein ne sont rares : celles des uretères le sont davantage, la coexistence sur le même sujet des unes et des autres est un fait exceptionnel.

Le double système irrigateur et excréteur du rein gauche

est intéressant : il montre bien, par l'indépendance absolue qui existe entre les deux bassinets, les deux artères et les deux veines, que l'organe est divisé en deux glandes anatomiquement inséparables, mais fonctionnant sans doute ou pouvant au moins chacune fonctionner pour leur propre compte.

Cette disposition, qui n'est qu'indiquée sur le rein gauche, est intéressante à trois points de vue :

1° *En anatomie générale*, elle montre un type intermédiaire entre le rein de l'homme, un et indivis, et celui de quelques mammifères, où il est divisé en une série de segments appelés lobules, comme cela se voit chez la plupart des cétacés.

2° *Au point de vue des anomalies*, la pièce que nous avons préparée montre bien que la plupart des dispositions anatomiques décrites sous le nom d'*anomalies* par *excès de nombre* ne sont, en réalité que des reins divisés en lobules plus ou moins séparés les uns des autres ; il est en effet impossible de trouver les deux extrémités d'un rein où il n'existe même pas le plus petit sillon pour marquer une apparence de division, plus nettement séparées l'une de l'autre par leur appareil d'irrigation et d'excrétion.

3° *Au point de vue chirurgical* enfin, il est toujours bon de savoir que quelquefois les vaisseaux du rein sont doubles et que l'opération de la néphrectomie comporte dans certains cas, la formation d'un double pédicule. La présence de deux uretères et de deux bassinets pourrait enfin prêter matière à des considérations chirurgicales importantes (extirpation de calculs, hydronéphrose, urémie, etc.).

M. POIRIER. Je m'occupe depuis une dizaine de mois du cathétérisme des uretères chez la femme ; pour y arriver j'ai pensé qu'il était bon au préalable de très bien connaître les rapports anatomiques du canal. J'ai injecté puis disséqué environ 80 uretères ; j'en ai trouvé quelques-uns dans lesquels la soudure des deux branches du bassinot se faisait très au-dessous du rein : dans trois cas, j'ai trouvé des uretères doubles, deux fois à droite, une fois à gauche. Je compte les présenter prochainement à la Société. Il m'a semblé que les anomalies vasculaires coïncidaient fréquemment avec les anomalies du canal excréteur, tout en étant plus fréquentes que celles-ci.

**Tumeurs caséuses du cerveau facilement énucléables
(Tubercules), par MATTON, interne des hôpitaux.**

L'observation clinique de ce cas nous fait presque totalement défaut, la malade n'ayant passé que quelques heures dans le service de médecine. L'autopsie elle-même a dû être faite hâtivement et l'examen a surtout porté sur l'encéphale.

Marie B..., âgée de 54 ans, sans profession, entrée le 26 février 1889, service du Dr E. Labbé à la Maison de santé.

Antécédents personnels : Rhumatisme. Moins bien portante depuis une dizaine d'années : affaiblissement et amaigrissement progressifs, appétit languissant, toux, accès de mélancolie.

A l'entrée, état cachectique, maigre.

Température 38°. Le premier symptôme qui attire l'attention est la dysphagie. La malade se plaint d'un serrement à la gorge qui dit-elle, l'empêche d'avaler ; refuse tout aliment et boisson. La sonde œsophagienne passe facilement mais répugne à la malade qui, pour l'éviter, se décide à manger et avale bien.

Pas de vomissement.

Pas de diarrhée ; tendance à la constipation.

Toux. Expectoration muco-purulente. Pas de dyspnée notable.

De temps en temps la malade présente des accès de mélancolie avec stupeur alternant avec du délire.

Pas de convulsions ni de paralysie ; pas de troubles de la sensibilité.

Dans les trois derniers jours, sensations de froid répétées. Pas de vrai frisson.

Troubles visuels ; amblyopie passagère. Pas d'autres troubles sensoriels.

La température, plus élevée le soir que le matin, monte progressivement de jour en jour de 38° à 40° le soir, de 37° à 38° le matin.

La marche de la maladie ayant donné l'idée d'un état infectieux, on n'a pu trouver ni dans les viscères ni au niveau du tégument externe, rien qui puisse justifier cette opinion ; il n'y a eu ni traumatisme accidentel ou opératoire, ni aucune solution de continuité des téguments.

La mort est survenue le 27 février, à 4 heures.

L'AUTOPSIE a été faite trente heures après la mort.

Les *poumons* sont adhérents à la paroi thoracique, farcis de tubercules ramollis et de cavernes.

Le *foie* est volumineux et gras.

L'examen a surtout porté sur le contenu de la cavité crânienne.

A l'ouverture du *crâne*, il ne s'écoule pas de liquide céphalo-rachien en excès.

La pie-mère est injectée, non adhérente, un peu épaissie, mince niveau de deux points que nous préciserons et qui répondent à la gère saillie extérieure formée par les deux plus grosses des quatre veines que nous rencontrons dans le cerveau et que nous allons essayer de décrire.

Les *méninges* ne présentent aucune trace de granulations tuberculeuses.

Dans l'*hémisphère gauche*, on trouve deux noyaux d'inégal volume. D'abord un gros noyau du volume d'un petit œuf de poule, occupant le lobe occipital et faisant sur la face interne de celui-ci une saillie peu notable mais bien apparente, lisse, d'un jaune verdâtre, du diamètre d'une pièce de deux francs. Placée sous l'eau, cette tumeur se libère très aisément de la pulpe cérébrale ambiante à laquelle elle adhère à peine en quelques points.

Elle se présente alors sous la forme d'une véritable pomme de terre, bosselée, irrégulière, *tuberculeuse* en un mot. A la coupe elle montre une paroi résistante d'une épaisseur d'un demi-centimètre environ, tapissée intérieurement d'une sorte de membrane pyogénique, épaisse d'un millimètre, tomenteuse, résistante, d'un jaune verdâtre à la surface. Le contenu de cette coque est un pus franchement vert, mais lié, mêlé de grumeaux.

La seconde tumeur de l'*hémisphère gauche* occupe le lobule paracentral. Elle présente le volume d'une grosse noisette. Sa surface est assez régulièrement arrondie et lisse. A la coupe, elle montre une paroi très épaisse et mal limitée en dedans. Le centre seul du noyau est ramolli, caséeux. Ce qui frappe le plus c'est ce fait que le noyau est tout à fait libre au sein de la substance cérébrale, au milieu de laquelle il s'est creusé une loge très nette d'où il s'échappe sans que rien ne l'y retienne.

L'*hémisphère droit* présente deux tumeurs semblables. La plus grosse est visible à l'extérieur dans une étendue de deux centimètres environ au voisinage de l'extrémité postérieure du prolongement postérieur de la scissure de Sylvius. Elle occupe le lobule du pli courbe. Elle est un peu adhérente à la substance nerveuse qui l'entoure. Isolée, elle se présente sous la forme d'un noyau assez régulièrement sphérique, du volume d'une grosse noix. Pour le reste, paroi et contenu, elle ressemble absolument à celle du lobe occipital.

La plus petite offre le volume d'une petite noisette ; c'est la moins volumineuse des quatre. Elle est profonde, nullement visible à l'extérieur ; son siège exact n'a pu être déterminé ; elle est arrondie et lisse, résistante et à peine ramollie au centre.

On ne rencontre rien d'anormal dans les autres parties de l'encéphale, cervelet et isthme.

Examen histologique par M. DARIER.

Il s'agit de tubercules caséeux sans follicules tuberculeux, sans cellules géantes, mais contenant un nombre énorme de bacilles de Koch.

Suture des uretères.

M. TUFFIER présente des uretères de chien sur lesquels il a pratiqué la suture expérimentale, la cicatrisation est parfaite et la perméabilité conservée.

ÉLECTIONS

M. G. BAUDOIN est nommé membre correspondant.

Séance du 8 mars 1889.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL

Rétrécissement de l'urèthre. — Rétention d'urine. — Dilatation des uretères, des bassinets et des calices.
— **Néphrite ascendante**, par M. EUGÈNE WILLEMIN, interne des hôpitaux.

Le nommé Achille L..., âgé de 47 ans, ébéniste, entre à l'Hôtel-Dieu, le 11 février 1889, dans le service de M. Kirrison, salle St-Jean, n° 8, pour une rétention d'urine.

Parmi les *antécédents* de cet homme, nous ne trouvons qu'un fait à signaler : pendant la guerre, il est atteint d'un volumineux abcès de l'aîne gauche, qui s'accompagne de gêne de la miction, et nécessite pendant six semaines l'emploi d'une sonde. Le malade attribue à ses fatigues cet abcès, dont M. Kirrison fait plutôt un bubon compliquant une blennorrhagie que le malade ne veut pas avouer.

Depuis lors il jouissait d'une parfaite santé, lorsqu'il y a six mois il apprend que toutes ses économies lui sont volées : immédiatement, dit-il, sous l'influence de l'émotion, il pisso dans son pantalon, et depuis lors l'incontinence d'urine n'a pas cessé un seul jour. Mais peu à peu la vessie se vide moins facilement, et la rétention survient.

Etat actuel. — Quand le malade entre à l'hôpital, il ne pisso que par regorgement, la vessie dépasse de deux doigts l'ombilic. Nous essayons de sonder le malade, mais la sonde est arrêtée à 15 centimètres environ du méat, et les ponctions hypogastriques deviennent nécessaires. Du 13 au 23 février l'on pratique 9 ponctions. Le 16 février, après plusieurs tentatives inutiles, M. Kirrison a pu placer à demeure une bougie de très fin calibre ; le lendemain je la remplaçai facilement ; mais le 18 février, le malade l'ayant retirée de nouveau, il fut impossible de la remettre, et depuis lors, toutes les tentatives de cathétérisme restèrent vaines, quoique pendant 5 jours, du 23 au 27 février, j'aie fait chaque matin, une demi-heure durant, une séance de cathétérisme appuyé. Depuis cette date, on laissa reposer le malade ; en effet au début il avait une température assez élevée, s'accompagnant d'une soif vive, entraînant une polyurie de 4 litres environ et des phénomènes de rétention d'urine ; mais depuis le 24, la température descendit au-dessous de 37°, s'abaissant progressivement jusqu'à 34°,8, qu'elle atteignit le dernier jour. Les urines étaient très purulentes au début ; elles devinrent bientôt sanguinolentes, et dans les derniers jours le sang disparut à son tour.

L'état général du malade, déjà mauvais quand il entra à l'hôpital, s'aggrava rapidement ; il tomba enfin dans une sorte de prostration dont on pouvait cependant le tirer par des questions, auxquelles il

répondait toujours avec assez de présence d'esprit ; enfin le 4 mars il succomba dans l'hypothermie que j'ai déjà signalée, mais sans présenter aucun phénomène nerveux de délire ou de coma.

AUTOPSIE. — L'urètre est normal jusqu'au bulbe, où son calibre diminue rapidement et forme un rétrécissement long d'environ 1 cent. et qu'un stylet ne peut franchir ; immédiatement en arrière, la région prostatique présente une cavité du volume d'une noisette, pleine de pus, et communiquant largement avec la vessie.

Celle-ci a le volume du poing ; ses parois mesurent 2 cent. d'épaisseur, et ont une consistance telle que l'on croirait d'abord à l'existence d'un néoplasme ; sa face interne présente de nombreuses et volumineuses saillies.

Les uretères sont sinueux, en spire, dilatés : le gauche mesure 2 cent. de diamètre, le droit un peu moins.

Les bassinets sont aussi très distendus, formant une poche de 7 cent. de haut sur 5 de large.

Le rein droit présente peu de lésions : sa capsule se détache facilement, mais ses calices sont dilatés ; il offre en outre un certain degré d'inflammation.

Le rein gauche est beaucoup plus volumineux, il mesure 15 cent. de longueur ; les calices sont distendus, remplis d'une matière puriforme ; leur muqueuse infiltrée par le pus est soulevée par de petites saillies que forme le tissu sous-muqueux épaissi. Dans la substance corticale on remarque plusieurs petits abcès formés plutôt de pus infiltré que collecté ; ils sont cylindriques, long de 10 millim. sur 2 de large, et plusieurs aboutissent à de véritables petits abcès arrondis, situés au-dessous de la capsule ; celle-ci est adhérente au rein, et présente aussi plusieurs petits abcès dans son épaisseur qui est très augmentée.

M. CORNIL a fait l'étude microbiologique du pus des reins. Il contient 3 micro-organismes. 1° un bacille long et gros, *bactérie de putréfaction* ; 2° une petite bactérie ayant tous les caractères de la *bactérie de Clado* ; 3° le *streptocoque pyogène*.

On ne peut tirer de conclusions au point de vue de la cause de la suppuration ; car deux d'entre eux pouvaient la produire.

La suppuration rénale se présente sous deux formes, abcès et infiltration diffuse ; elle occupe la substance corticale, l'infiltration diffuse forme des taches jaunes, irrégulières qui ne donnent rien par le raclage.

Les calices sont recouverts d'une fausse membrane inflammatoire.

La suppuration dans ce cas, comme dans toutes les néphrites ascendantes remonte, par les tubes droits et les tubes contournés ; la migration des microbes de la vessie se fait

à la faveur de la stase de l'urine, de la rétention comme l'ont montré les expériences de Hallé et Albarran.

Doigt à ressort du médus droit. — Végétation fibreuse du tendon du fléchisseur profond. — Opération, par M. V. CARLIER.

Observation. — La malade qui fait le sujet de cette observation est une femme de 30 ans, couturière, mariée, sans enfants, et dont le *médus de la main droite* présentait depuis sept mois environ tous les symptômes du doigt à ressort. Les antécédents de cette malade permettent d'écarter toute idée de syphilis et de la considérer comme franchement *rhumatisante*; elle a eu, en effet, depuis dix ans, quatre attaques de rhumatisme articulaire aigu, qui la condamnèrent chaque fois à un séjour au lit de plusieurs mois. La dernière attaque date du commencement de l'année 1888.

Il y a sept mois environ, il survint une certaine difficulté des mouvements du médus droit; cette gêne s'accrut peu à peu, et les mouvements devinrent bientôt douloureux, au point de forcer la malade à cesser de temps en temps son travail de couture; c'est alors qu'apparut dans ce doigt le phénomène du ressort.

La malade nous raconte que, dans les mouvements de flexion ou d'extension, le médus droit ne suivait pas les autres doigts; à un certain angle de sa course, le médus s'arrêtait, et ne continuait son mouvement que grâce à un effort musculaire énergique. Il se produisait alors un *ressaut* très accusé, fort douloureux, et le doigt achevait brusquement son mouvement de flexion ou d'extension, comme s'il eût été actionné par un solide ressort.

L'extension était plus difficile que la flexion; celle-ci, bien que très douloureuse et accompagnée du ressaut, pouvait s'opérer d'une façon active; mais l'extension, pour être complétée, exigeait ordinairement l'intervention de la main opposée.

A chaque mouvement, la malade éprouvait la sensation nette qu'il y avait quelque chose d'interposé dans l'interligne articulaire qui sépare la phalange de la phalangine.

Nous voyons la malade vers la fin de février 1889.

A cette époque le phénomène du ressort existait encore, mais moins accusé qu'autrefois. Les mouvements du doigt sont bien moins douloureux, le ressaut lui-même est intermittent, il ne se produit plus que dans les mouvements de flexion un peu étendus.

Notre malade nous paraît très anémiée, toujours tourmentée par des douleurs erratiques. La plupart des articulations sont endolories à la pression, et les petites articulations des doigts sont le siège de *lésions rhumatismales*.

En examinant le médus droit, on voit à la face palmaire une légère *élevation* siégeant au devant de l'articulation de la première phalange avec la deuxième. A la palpation on sent très nettement une *nodosité* qui, pendant les mouvements actifs du médus, roule sur le doigt en donnant naissance à de *grosses frottements*. Cette

nodosité nous paraît avoir le volume d'un petit haricot ; sa surface paraît irrégulière, bosselée ; elle s'étend un peu plus sur la phalange que sur la phalangine ; elle est située exactement sur la ligne médiane, un peu mobile dans le sens transversal, et paraît siéger immédiatement sous la peau.

Le siège de la nodosité, son mouvement de va-et-vient pendant les mouvements actifs de flexion et d'extension de la phalange seule nous ont permis, dès ce moment, d'affirmer ses connexions avec le tendon du fléchisseur profond.

La malade accepte le traitement chirurgical que nous lui proposons.

Opération. — Nous faisons l'opération le 4 mars, avec l'aide de notre excellent ami Boiffin, professeur à la Faculté, et en présence de notre ami le Dr de Pradel qui nous avait adressé la malade. Après avoir incisé la peau au devant de la tumeur sur une étendue de 3 cent. environ, nous tombons immédiatement sur une petite tumeur d'aspect irrégulier, en forme de chou-fleur, et qui n'adhérait nullement à la peau. Nous n'avons pas vu trace de gaine fibreuse au devant de la tumeur.

Afin de nous rendre un compte exact des rapports de la tumeur avec le tendon, nous incisons la gaine fibreuse au-dessus et au-dessous de la tumeur, sur une étendue de 1 1/2 cent. ; le tendon étant ainsi mis à nu, nous avons reconnu de la façon la plus nette que la tumeur était pédiculée, et *qu'elle avait pris naissance dans le tendon même du fléchisseur profond* qui, à ce niveau, n'est plus recouvert par le tendon fléchisseur superficiel.

Le pédicule de la tumeur s'enfonçait dans la partie médiane du tendon, en écartant et divisant en deux faisceaux les fibres de ce dernier. Après excision du pédicule, nous constatâmes que la tumeur adhérait encore un peu au bord externe du tendon.

L'opération terminée, nous avons suturé la plaie au crin de Florence. Les suites opératoires furent des plus simples. Toutefois, bien que nous ayons pris toutes les précautions antiseptiques les plus minutieuses, la réunion immédiate manqua au niveau d'un des points de suture. C'est pour cette raison que nous n'avons pu encore faire exécuter au doigt des mouvements actifs pour constater la disparition du phénomène du ressort. Mais nous ne doutons nullement que ce symptôme ait disparu en même temps que la cause qui lui donnait naissance.

L'examen histologique a été fait le 8 mars par MM. Cornil et Toupet, et voici ce que nous avons écrit sous leur dictée : *Végétation fibreuse d'un tendon.* Du tendon, dont on retrouve des fragments, part une nodosité pédiculée. Dans le pédicule, on distingue des vaisseaux à parois nettes et épaisses. La portion élargie de la tumeur renferme, outre les divisions vasculaires, du tissu conjonctif adulte parsemé d'un certain nombre d'éléments embryonnaires et quelques cellules cartilagineuses.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue. Et d'abord elle a permis la constatation directe d'une tumeur, non syphilitique, développée aux

dépens d'un tendon. Les recherches bibliographiques que nous avons faites nous ont démontré la rareté du fait ; parmi les observations que nous avons parcourues et ayant trait à la pathologie des tendons, il en est peu, à part l'observation de M. Kirrison (1) qui nous aient paru absolument probantes.

Voici d'ailleurs en quels termes s'exprime M. Schwartz à l'article *Tendon* dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* (t. XXXV, p. 190) :

« Les tumeurs primitives proprement dites sont très rares
« dans les tendons, et certains auteurs, comme Cornil, ne
« sont pas loin de les regarder comme des curiosités anatomo-pathologiques. Dans une discussion à la Société anatomique (novembre 1882) à propos d'une communication de M. Lagrange, M. le professeur Cornil fit remarquer que la plupart du temps les tumeurs dites tendineuses pouvaient être reconnues comme ayant la synoviale pour point de départ ».

Et M. Schwartz ajoute un peu plus loin : « Dans les nombreuses recherches que nous avons faites sur les tumeurs des synoviales et celles des tendons, nous avons pour notre compte presque toujours vu que le néoplasme était parti de la gaine pour envahir ensuite l'organe engainé ».

Mais ce qui nous intéressait surtout chez notre malade, c'était l'existence d'un doigt à ressort qui paraissait être sous la dépendance directe de la tumeur tendineuse. Dans une récente communication à la Société anatomique (séance du 8 février 1889), M. Poirier, faisant allusion à la variété articulaire du doigt à ressort, variété que nous connaissons depuis longtemps déjà, donnait de cette variété une théorie qui était nouvelle pour nous, et que nous ne voulons pas discuter ici. Sans précisément nier la possibilité de l'existence d'une tumeur tendineuse comme cause productrice du doigt à ressort, M. Poirier faisait à ce sujet de grandes réserves. Nous admettons volontiers avec lui que le cas est très rare, et nous ne croyons pas nous tromper en disant que, en France du moins, c'est la première fois qu'on soit intervenu chirurgicalement pour traiter un doigt à ressort et où l'on ait constaté

(1) KIRRISSON. Fibrome double du tendon d'Achille. *Archives gén. de médéc.*, 1884, p. 103.

et excisé une tumeur tendineuse d'où dépendait le phénomène du ressort.

M. POIRIER. La pièce que nous présente M. Carlier est des plus intéressantes. C'est, à ma connaissance, la première nodosité tendineuse recueillie et examinée dans un cas de doigt à ressort. Le volume de cette nodosité est bien remarquable. Je continue de penser que le doigt à ressort d'origine articulaire est beaucoup plus fréquent que celui d'origine tendineuse. Il est des articulations pour lesquelles la théorie articulaire est seule applicable. Je vous ai parlé d'un genou à ressort ; mon maître, M. Tillaux a eu l'occasion de disséquer un genou sur lequel le phénomène du ressort était des plus manifestes. J'en sais encore un autre cas dont je communiquerai l'observation. Il me semble évident que pour cette articulation il doit se produire des déformations analogues à celles qui produisent le phénomène du ressort chez les animaux (autruche, dinde). Une très légère déformation sur la face cutanée du condyle interne suffira pour arrêter le ligament latéral interne et donner lieu au ressort ; dans d'autres cas ce sera l'accrochement de la rotule ; toutes ces variétés sont faciles à reproduire par l'expérimentation.

Torsion de l'intestin, par HENRI HARTMANN.

M. Hartmann montre à l'appui de la théorie qu'il a émise sur le mécanisme de la torsion de l'intestin par migration du cæcum de gauche et à droite et sur le développement d'adhérences consécutives entre le mésentère et la 3^e portion du duodénum, un embryon humain long de 4 centim. 7 que lui a remis M. Noguès.

La disposition est identique à celle constatée sur la fouine à son complet développement. Le cæcum est à droite, sous le foie ; l'intestin est tordu, l'artère mésentérique passe au devant de la 3^e portion du duodénum. Mais il n'existe pas encore d'adhérence entre le mésentère qui contient cette artère et la fin du duodénum si bien que l'intestin est détachable. Il n'y a pas de fossette duodéno-jéjunale. Le duodénum forme une anse, ascendante dans sa partie terminale, et partout entourée de péritoine, si bien que la 3^e portion n'est pas encorée en rapport direct avec la colonne vertébrale.

Fongus de la dure-mère. — Endothéliome, par A. PILLIET,
interne des hôpitaux.

Le nommé Dézé Eugène, 76 ans, entre le 26 février 1889 à l'infirmerie de l'hospice des incurables, dans le service du Dr A. Gombault.

Ce malade a été pris il y a cinq jours de vomissements bilieux répétés, avec fièvre, sans diarrhée; actuellement sa température est de 39°; la bouche est sèche, les vomissements bilieux continuent, il existe un hoquet persistant. Le ventre est souple et indolent; il n'y a rien au cœur.

Malgré l'absence de signes d'auscultation, on diagnostique une *pneumonie*, et l'on réchauffe le malade, qui a les extrémités froides et les membres cyanosés.

Le lendemain la température s'élève à 40°, et le malade succombe à 5 heures du matin.

A L'AUTOPSIE, on trouve le lobe supérieur du *poumon droit* en hépatisation grise; les deux autres lobes ne sont que congestionnés et aplatis. Il en est de même du *poumon gauche*. En enlevant la calotte crânienne, on constate que les sinus frontaux sont dilatés, et remplis d'un pus verdâtre mélangé de mucus, très abondant.

Le *cerveau* enlevé, on trouve à la base du crâne une masse bourgeonnante, friable et dure, tendue, ayant son centre à la selle turcique et masquant à ce point la pituitaire, qu'on la pourrait prendre d'abord pour une tumeur de cet organe. Elle débute à droite dans la fosse temporale où elle émet un bourgeon du volume d'une noix, qui a marqué sur les portions correspondantes de l'encéphale des dépressions bien nettes. En arrière, cette masse s'étend jusqu'à l'apophyse basilaire. Les carotides, les nerfs de la troisième paire s'y enfoncent et ne paraissent pas altérés. La dure-mère au voisinage de cette masse est épaissie sous l'action d'un filet d'eau, cette masse se décompose en un velours de filaments vasculaires qui s'implantent sur la surface interne de la dure-mère.

En incisant la masse au niveau du corps pituitaire, on retrouve celui-ci intact, recouvert seulement par les végétations superficielles.

Le pharynx et les trompes d'Eustache ne présentent absolument rien d'anormal. La tumeur paraît donc exclusivement limitée à la dure-mère. A la coupe, elle est d'un blanc rosé, d'une consistance ferme; on retrouve à sa base le feuillet fibreux et nacré de la dure-mère.

L'examen histologique montre que le feuillet de la dure-mère est recouvert à sa face interne par un réseau de lacunes à parois fibreuses, à cavités régulières, remplies de sang qui contient une grande proportion de globules blancs. De ce réseau partent des traveses conjonctivo-vasculaires qui forment la charpente de la néoplasie.

Ainsi se constituent de très larges mailles remplies d'éléments cellulaires. Ceux-ci forment des nodules qui ne sont pas pénétrés par les vaisseaux. Ils sont constitués par des cellules fusiformes, allongées, à noyau volumineux parsemées de nucléoles abondants, et ces cellules sont groupées en trainées, en tourbillons, comme dans le rème dit fuso-cellulaire. Beaucoup de ces tourbillons présentent

un axe, au centre, où les cellules sont plus grosses, plus larges; l'aspect général est celui qu'on voit autour des perles endothéliales des tumeurs des séreuses, pourtant nulle part on ne voit la formation de véritables globes endodermiques. Au pourtour du néoplasme la surface de la dure-mère est couverte d'un lécis abondant de vaisseaux dilatés, et, dans les cloisons fibreuse épaisses qui les circonscrivent, se voit de place en place un petit amas de cellules fusiformes.

En résumé, nous avons affaire à une tumeur végétante de la face interne de la dure-mère, présentant les caractères habituels de ces néoplasies, le siège à la base du crâne, au voisinage de la selle turcique (Virchow, *Path.*, tumeurs, éd. française, t. II, p. 338, 1869), la friabilité, la marche lente, qui explique le peu de désordres produits (Lancereaux *Traité d'anat. path.*, t. II, p. 416, 1881). Les corps concentriques, le sable cérébral de Virchow étaient fort peu nombreux. Malgré la ressemblance de cette tumeur avec les aspects désignés sous le nom de sarcomes fasciculés, ou sarcomes fusocellulaires, nous pensons qu'on doit la ranger dans la catégorie des épithéliomas des séreuses, de Charles Robin (*Journal d'anat. et de phys.*, 1869 et *Anatomie cellulaire* 1873, p. 273) et lui donner un nom qui indique son point d'origine, celui d'*endothéliome de l'arachnoïde pariétale*.

Chez ce sujet la dure-mère de la convexité présentait du côté gauche et non au niveau de la faux du cerveau, comme c'est le cas le plus fréquent, une vaste plaque de tissu ostéοide de 15 cent. de long sur 4-6 de large, comprise entre deux feuillets fibreux et à ce niveau on trouvait un ostéome éburné du volume d'une tête d'épingle noire, faisant saillie à la surface interne de la membrane. On attribuait autrefois à ces pachyméningites chroniques ossifiantes un certain rôle dans la production des maladies nerveuses, épilepsie, manie, etc. Nous nous contenterons de relever la coexistence de ces néoplasmes d'origine probablement inflammatoire à la voûte avec la tumeur de la base.

Dilatations bronchiques ampullaires du sommet droit, par A. PILLIET, interne des hôpitaux.

La nommée Chemi., 81 ans, entre le 8 février 1889 à l'infirmierie de l'hospice des Incurables, dans le service du Dr A. Gombault.

En 1887, cette malade est déjà venue dans le service avec de l'emphysème, de la bronchite chronique et de l'artério-sclérose généra-

lisée. A cette époque elle se plaignait surtout d'oppression, toux et expectoration marquées; *râles sonores, ronflants, surtout à droite.*

Souffle aortique rude au premier temps, œdème péri-malléolaire nuage d'albumine dans l'urine.

Aujourd'hui la malade est atteinte d'une hémiplegie gauche, portant sur le facial inférieur et les membres, à la suite d'une attaque au cours de laquelle elle n'a pas perdu connaissance. La température s'élève progressivement, oscille entre 39° et 40°, pendant plusieurs jours, la langue se sèche, la malade meurt le 24 février.

A l'AUTOPSIE on constate que le lobe supérieur du *poumon droit* est coiffé d'une coque pleurale adhérente et assez épaisse; il est dur, en état de pneumonie ardoisée, bleuâtre et est rempli d'excavations à parois lisses, présentant tous les caractères de la muqueuse bronchique. Elles ne contiennent pas de pus.

En ouvrant la bronche supérieure droite, et en ouvrant ses branches de bifurcation, on voit chacune de celles-ci s'élargir, présenter des renflements moniliformes puis enfin, sous la coque pleurale, des dilatations ampullaires, sillonnées par des demi-cloisons qui donnent à ces ampoules terminales un aspect caverneux. Les ampoules formées par chacune des subdivisions de la bronche ne communiquent pas entre elles, du moins à la simple dissection; on sait que les dilatations ampullaires ne s'anastomosent que dans les cas très avancés. (Cruveilhier, Anat. path. générale, éd. 1852, t. 2, p. 875).

La muqueuse est d'un rouge cerise, elle est partout sillonnée, dans les troncs volumineux, de fils transversaux dus aux fibres élastiques sous-jacentes; le cartilage est presque partout calcifié, on rencontre de plus un certain nombre de petits grains ronds de substance calcaire dans les nappes de sclérose ardoisée qui séparent les ampoules. Il n'y a nulle part, enfin, de nodules caséux.

Le *poumon gauche*, emphysémateux, présente aussi de la sclérose ardoisée du sommet, de quelques lobules en hépatisation grise disséminés dans sa masse.

Le *cœur* (290 gr.) présente à la coupe un certain nombre de taches grisâtres de sclérose, surtout dans le ventricule gauche qui est manifestement épaissi. Les orifices sont suffisants.

Les sigmoïdes aortiques et l'aorte sont parsemées de plaques d'athérome.

Le *foie* est petit et parsemé de marbrures qui lui donnent l'aspect muscade.

Les deux *reins* sont granuleux avec petits kystes; les artères saillantes à la coupe; la couche corticale diminuée d'épaisseur, l'adipose centrale modérée; la rate est petite et dure. Enfin, on trouve dans le cerveau, dont les artères sont très athéromateuses, un foyer volumineux de l'hémisphère droit. Le ramollissement s'étend jusqu'à la corne occipitale en arrière; en avant il n'occupe que la portion la plus reculée de la capsule interne; le centre ovale est très atteint. On trouve un ancien petit foyer ocreux plus en avant. Le cervelet, la tubérance et le bulbe n'offrent rien de particulier.

A l'examen histologique, on constate que le sommet du poumon dans lequel se sont développées ces dilatations, est presque entièrement composé de tractus fibreux orientés dans tous les sens,

parsemé d'une grande quantité de traînées de pigment, et creusé d'alvéoles déformés, allongés et agrandis, mais ne présentant pas l'épithélium cubique décrit par MM. Ch. Servy (1887) et, plus récemment par MM. Cornil et Jocqs. Il y a soudure intime des deux feuillets pleuraux, à ce point qu'on ne peut trouver de démarcation entre les deux séreuses dans la nappe du tissu fibro-adipeux qui les représente. De place en place, on trouve dans le parenchyme pulmonaire des sphérules de tissu calcifié, qui ne contiennent pas, d'ailleurs, d'ostéoplastes. Les cavités bronchiques sont très irrégulières de forme, leur surface est bizarrement découpée. L'épithélium manque sur presque tous les points; mais la membrane basale se voit, très nette et notablement épaissie. Au-dessous existe une infiltration de cellules sphériques et fusiformes et de gros capillaires dilatés, tellement abondante qu'elle soulève irrégulièrement la membrane basale, produisant ces découpures que nous avons mentionnées et formant de véritables bourgeons charnus. Sur les petites cavités, on peut voir de ces bourgeons s'étaler comme des champignons dans la lumière de la bronche. Au-dessous de cette zone d'infiltration qui remplace la cloison par une transition assez brusque, reprend le tissu fibreux de la pneumonie chronique, présentant de place en place des accumulations de petites cellules rondes qui paraissent répondre à des alvéoles, avec une dilatation considérable des vaisseaux artériels et veineux. Sur ces coupes des extrémités bronchiques, on ne voit ni muscles, ni glandes. Les bandes de tissu fibreux qui entourent les ampoules sont assez régulièrement circulaires, les autres sont feutrées, comme nous l'avons dit; et on ne voit point, même à un très faible grossissement, que leur direction ait de rapport avec la formation des dilatations terminales.

En résumé, il s'agit d'une dilatation bronchique du sommet qui, si la malade avait pu être observée, n'eût été reconnaissable qu'aux caractères physiques et microbiologiques de l'expectoration; en supposant que l'on ait eu le temps de suivre l'évolution de la maladie. C'est la forme ampullaire distinguée par Laënnec dès 1818. Nous n'avons pas la prétention de faire une revue et une critique des nombreuses opinions émises sur la dilatation bronchique à propos de ce seul cas. Pourtant nous consignerons ici une remarque fort importante faite par M. le D^r Gombault. C'est que cette forme de dilatation ampullaire ne ressemble en rien au point de vue anatomo-pathologique à la dilatation bronchique que l'on rencontre dans la broncho-pneumonie subaiguë et chronique de l'enfance par exemple. Il y a là deux états anatomiques différents, par conséquent deux processus distincts, et par suite, les deux ordres de faits ne sont pas susceptibles d'être expliqués par les mêmes causes. En d'autres termes, les différentes formes de la dilatation bronchique sont parfois

assez accentuées pour qu'on puisse voir dans chacune d'elles une entité morphologique distincte, relevant de causes spéciales.

Rein double en fer à cheval, par M. THIERCELIN, interne provisoire.

Cette pièce provient du service de M. le professeur Cornil, c'est un rein double en fer à cheval, ou plutôt les deux reins sont réunis à leur extrémité inférieure par une bande de substance rénale de 4 centim. de longueur environ, sur 3 de large. Les bassinets et les uretères sont absolument indépendants. Chacun des reins possède d'ailleurs à peu près sa forme normale mais ils étaient sur le sujet dirigés fortement en bas et en dedans de façon à rapprocher leur extrémités inférieures. Aucune anomalie vasculaire n'est à signaler.

Le rein gauche contient dans son intérieur une quantité assez considérable de petits calculs grisâtres et l'un de ces calculs, mûriforme, occupe toute la cavité du bassinet et envoie 4 prolongements dans les calices et la partie supérieure de l'uretère. Ces lésions auraient donc pu amener le malade à réclamer l'intervention du chirurgien, et celui-ci au cours de la néphrectomie aurait été un moment embarrassé en présence de l'anomalie que nous avons signalée.

Goitre, par E. POTHERAT, prosecteur à la Faculté.

Les deux pièces que je présente à la société montrent l'une et l'autre un goitre avec une disposition et un volume très différents.

L'un est un goitre provenant du cadavre d'une vieille femme ; il est multilobé et bilatéral. Il est développé surtout dans le lobe latéral du côté gauche qui mesure en hauteur 9 cent. et transversalement 6 cent.

Le lobe droit mesure verticalement 7 cent. 1/2 et transversalement 3 cent. 1/2.

Ce goitre multilobé est calcifié dans sa plus grande étendue. La calcification forme plusieurs noyaux dont l'un à gauche du volume d'un œuf de poule. Sur une section de ce dernier on voit des cavités intérieures limitées par des travées également calcifiées.

Les artères sont très développées surtout au niveau du lobe gauche où l'on voit l'artère thyroïdienne inférieure émettre un énorme rameau postérieur.

Les nerfs récurrents ne sont nullement comprimés.

L'œsophage comprimé latéralement et dévié à droite, présente une tuméfaction manifeste de son calibre.

La trachée refoulée à droite, présente une disposition en S italique. Comprimée d'autre part par le lobe du côté droit contre le lobe gauche, sa section a la forme d'une ellipse très allongée.

Enfin, à la face postérieure des 2 lobes et particulièrement du lobe du côté gauche, il existe des empreintes très marquées répondant aux vaisseaux carotidiens. Nous n'avons trouvé aucune autre lésion dans le voisinage.

L'autre pièce est beaucoup plus curieuse. Elle provient du cadavre d'un homme adulte dont le système artériel est très athéromateux. Chez celui-ci, la dissection de la partie inférieure du cou n'avait d'abord montré rien d'anormal. Tout au plus le lobe latéral gauche se montrait-il un peu exceptionnellement développé. Le lobe droit étant plutôt atrophie. Mais la poignée du sternum ayant été enlevée, les vaisseaux de la base du cou disséqués, on fut très surpris d'apercevoir derrière l'aorte au lieu de la trachée une tumeur mollassse, arrondie, descendant très bas derrière les vaisseaux de la base du cœur. Cette tumeur, du volume d'une grosse orange, était donc tout à fait cachée entre la crosse de l'aorte ascendante d'une part, et les troncs veineux brachio-céphaliques la séparant du manubrium et d'autre part la trachée-artère qu'elle refoulait fortement à droite et en arrière sans la déformer, tandis que l'œsophage se portait verticalement en bas et à gauche du conduit aérien. Cette tumeur porte à sa surface plusieurs lobules pédiculés; elle est elle-même rattachée à l'isthme par un étroit pédicule. Elle a fortement écarté en dehors les troncs artériels de la base du cou à leur origine. Ces troncs ont marqué au devant de la tumeur leur empreinte. Les nerfs récurrents ne présentent rien de particulier. Le système artériel est très développé; non seulement les artères thyroïdiennes inférieures et supérieures ont un volume anormal, mais encore il existe une grosse thyroïdienne de Neubauer naissant du tronc brachio-céphalique artériel.

Notons en passant que ce tronc brachio-céphalique a une origine commune avec l'artère carotide primitive gauche et que ces deux vaisseaux cheminent ensemble pendant 15 millimètres.

Aucune lésion de voisinage sauf quelques adhérences pleurales au sommet des poumons.

Nous ne savons pas si l'existence de cette tumeur du médiastin a donné lieu à des symptômes, mais si cela s'était produit, le clinicien n'eût pu rattacher ces accidents à l'existence d'un goitre complètement caché dans le thorax. L'examen du corps thyroïde lui-même en montrant cet organe plutôt atrophie, devait éloigner toute idée d'un goitre.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL

*Séance du 15 mars 1889.***Salpingite tuberculeuse**, par M. A. DUDEFOY, interne provisoire des hôpitaux.

Il s'agit d'une femme morte de méningite tuberculeuse, dans le service de M. le Dr Lancereaux, à l'hôpital de la Pitié.

A son entrée à l'hôpital, la malade se plaignait de douleurs céphaliques assez vagues, elle accusait depuis la fin de janvier dernier des douleurs intenses du côté du membre inférieur droit qui firent songer un instant à une sciatique puis à une arthrite coxo-fémorale. Mais au bout de 5 à 6 jours les symptômes céphaliques s'accusent de plus en plus, des vomissements apparaissent ; le ventre est météorisé, en un mot tous les symptômes de la méningite tuberculeuse apparaissent et viennent imposer le diagnostic.

Au bout de 13 jours la malade meurt et, à l'AUTOPSIE, on constate les lésions ordinaires de la *méningite tuberculeuse* du côté du cerveau ; les *poumons* sont le siège de granulations miliaires confluentes.

Du côté du petit bassin, on trouve un *péritoine*, vascularisé et très épaissi soudant ensemble les organes pelviens. Ce péritoine renferme un grand nombre de granulations, de nature les unes tuberculeuses que l'on trouve dans toute l'épaisseur de la séreuse, les autres plus nombreuses, inflammatoires, ne siégeant qu'à la surface.

Ce qui frappe tout d'abord à la vue, c'est la présence des deux *trompes* qui sont volumineuses et fortement dilatées ; elles ont à peu près le volume de l'index et ont conservé leur flexuosité normale, elles sont dilatées symétriquement et c'est leur extrémité externe qui l'est le plus. L'extrémité qui vient déboucher dans l'angle supérieur de l'utérus est à peine modifiée.

A la coupe, nous trouvons que ces trompes sont entièrement remplies et dilatées par une matière de nature tuberculeuse à l'état caséeux.

(L'examen microscopique de cette matière n'a décelé la présence d'aucun bacille.)

La coupe de l'utérus nous permet de constater que sa muqueuse est absolument saine, exempte de granulations, ce qui tendrait à faire croire que l'invasion tuberculeuse s'est propagée du péritoine à rompre par le pavillon.

Les ovaires sont sains et de volume normal.

La muqueuse vaginale, de coloration un peu rouge, paraît exempte de toute trace de tuberculisation.

La vessie est rétractée, sa muqueuse présente à l'intérieur d'épais is.

Urèthre rouge et injecté.

Pendant son séjour dans le service, la malade n'avait accusé aucun symptôme qui put attirer l'attention du côté de sa cavité pelvienne. En l'interrogeant nous avons noté qu'elle avait eu huit enfants et que le dernier accouchement remontait à 4 ans. De plus, la malade nous disait que depuis le mois d'août dernier elle avait commencé à maigrir, et que, depuis ce temps, ses règles avaient cessé.

Vers la fin de novembre dernier, elle ressentit du côté de l'utérus quelques douleurs comparables à une sensation de pesanteur, surtout accentuées pendant la marche. Ces douleurs durèrent un mois environ, puis disparurent complètement.

M. CORNIL. La recherche des bacilles dans les trompes tuberculeuses donne des résultats inconstants. Dans deux cas, en effet (leçons sur les métrites et salpingites, p. 121), je n'ai pu trouver de bacilles; dans un troisième cas, au contraire, ils se voyaient en quantité énorme; M. Doyen en a vu dans un autre fait.

Quand la tuberculose est localisée à la surface de la trompe, il se forme d'énormes végétations dont le sommet est quelquefois seul tuberculeux, et contient de belles cellules géantes.

Les pièces de M. Dedefoy confirment ce fait déjà acquis que la tuberculose génitale de la femme débute souvent par les trompes.

Gangrène sèche ; dissection des artères des membres inférieurs, par E. KIRMISSON.

Les pièces présentées à la Société anatomique par M. Kirmisson proviennent d'un vieillard de 60 ans, qui a succombé à une gangrène sèche des membres inférieurs dans le service de la clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu. La gangrène avait amené pour le malade la perte de plusieurs orteils de chacun des deux pieds. Dans les derniers temps de la vie, elle avait affecté une marche envahissante sur la face dorsale du pied droit. Il y avait, en outre, une flexion permanente de la cuisse droite sur le bassin, et de la jambe sur la cuisse. De là, une ulcération profonde au devant de la rotule. Les battements artériels étaient supprimés dans le membre inférieur droit immédiatement au-dessous de l'arcade de Fallope; dans le membre inférieur gauche, ces battements étaient encore perceptibles dans le pli de l'aîne, bien que très affaiblis.

La dissection des artères des membres inférieurs démontre ce qui suit : à partir du niveau des artères rénales, l'aorte présente une dégénérescence athéromateuse très manifeste. Les artères iliaques primitives présentent des lésions analogues; la droite a une épaisseur qui, dans certain points, ne mesure pas moins de 5 millimètres.

L'iliaque primitive gauche offre les mêmes lésions avec une épaisseur moindre. On trouve sur un point de son étendue, une dilatation ampul-laire.

L'hypogastrique droite est très diminuée de volume; sa lumière est complètement oblitérée par un petit caillot athéromateux qui paraît provenir de la paroi postérieure. L'hypogastrique gauche a un centimètre de diamètre; sa lumière est entièrement remplie par un noyau calcaire.

L'iliaque externe droite, à son origine, admet à peine un stylet vu l'épaississement de sa paroi postérieure. Elle est très athéromateuse. La fémorale droite est complètement oblitérée; au-dessus de la naissance de la fémorale profonde, on constate, dans une étendue de 3 centimètres, une oblitération totale de ses tuniques.

L'iliaque externe gauche, dans sa moitié supérieure, offre de nombreuses lésions athéromateuses avec dépôt calcaire dans sa partie la plus déclive. Les mêmes lésions se retrouvent dans la fémorale superficielle qui est complètement oblitérée. Toutes les artères, au-dessous des points oblitérés des fémorales, sont extrêmement réduites de volume, transformées en minces cordons fibreux. Il y a de la périartérite, car les parois artérielles adhèrent intimement à la gaine cellu-leuse de ces vaisseaux.

M. SCHWARTZ a connaissance d'un cas analogue communiqué par M. Routier à la Société de chirurgie, il y avait une endartérite généralisée.

Thrombose de la veine mésentérique; signes d'occlusion intestinale. Mort en trois jours, par A. PILLIET, interne des hôpitaux, préparateur adjoint aux travaux d'histologie.

Le nommé Dumoulin G..., entre à l'infirmerie des Incurables, dans le service de M. le Dr A. Gombault le 9 mars 1886.

C'est un homme d'apparence athlétique, très robuste et très gras; avec varices des jambes développées, âgé de 72 ans. Il était en congé, et en dehors de l'hospice quand sont survenus les accidents qui l'amènent. Aussi n'avons-nous d'autres renseignements sur son état antérieur que ceux qu'il nous donne. Le vendredi 8 mars, en travaillant à scier du bois, il fut pris subitement d'une douleur au bas-ventre assez violente pour l'empêcher de cesser son travail. Il lui survint peu après des nausées et des vomissements et son ventre commence à se ballonner. Il entra le lendemain à l'hospice, dans sa salle, d'où on le fit passer à l'infirmerie. Le 10 mars, le malade a le ventre très ballonné, très douloureux spontanément et à la pression, les nausées continuent; il n'y a pas de selles. Le soir, vomissements de matières res comme du marc de café; assez abondants. Mort dans la nuit.

AUTOPSIE. — Le ventre est très ballonné. Après incision, les intestins tympanisés font saillie hors de l'abdomen, deux anses de l'intestin grêle se montrent superficielles et tranchent sur le reste par une coloration rouge foncé. Elles sont moyennement dilatées, acco-

lées entre elles par des néo-membranes extrêmement minces et fragiles. Nulle part ailleurs il n'y a de traces de péritonite. L'intestin étant déroulé méthodiquement, contient des matières fluides et grisâtres jusqu'au point où se trouvent les deux anses violacées que nous venons de signaler. Au-dessous, il contient des matières jaunes, mouleuses, remontant aux jours qui ont précédé l'accident. Les anses malades ouvertes montrent leur canal entièrement libre, ne contenant qu'une très petite quantité de liquide rougeâtre. L'obstruction résultait soit de leur accollement soit de leur paralysie qui est complète, car elles ont perdu leur élasticité. Leur surface interne d'un rouge cuivre est parsemée de plaques minces, jaunâtres, d'apparence néo-membraneuse, difficiles à détacher par le lavage. La longueur de l'intestin envahi par la lésion est d'environ 40 centimètres.

Le mésentère correspondant forme un large gâteau très dur de deux centimètres et plus d'épaisseur, rouge et paraissant absolument apoplexié.

En présence de ces lésions on devait penser à une embolie artérielle, mais le cœur était sain, le tronc coeliaque aussi, et il n'y avait pas de traces d'infarctus rénal ou splénique, à une thrombose veineuse ou à une entéro-mésentérite aiguë, quelque chose comme la péritiphlite des obèses, mais avec un siège anormal, sur le milieu de l'intestin grêle.

L'examen microscopique a montré que c'est la seconde supposition, celle de la thrombose veineuse, qui est la plus vraisemblable. En effet, sur le corps du mésentère, on voit les veines dilatées, remplies par des caillots qui sont en partie fibrineux sur la partie latérale des veines d'un certain volume. La dissection montre les veines mé-saraiques gonflées par le sang. Les artères, sur les coupes, contiennent aussi du sang, mais elles ne sont pas dilatées. Tout le tissu du mésentère est apoplexié, les globules rouges formant des cercles et des collerettes autour des globes de graisse, comme le font les globules blancs dans l'inflammation du tissu adipeux. Les grands espaces fibreux du mésentère présentent une apoplexie considérable du tissu conjonctif autour des vaisseaux qu'il engaine, avec formation d'énormes cristaux triangulaires d'hémoglobine. Toutes les couches de l'intestin sont aussi infiltrées de globules rouges et méconnaissables, sauf la plus interne. Les glandes en tube et les villosités sont là disparues, il ne reste plus trace de leurs épithéliums ; le chorion seul subsiste, formant des festons arrondis à leur sommet, irrégulièrement dessinés et infiltrés de cellules rondes. La couche la plus superficielle est formée de cellules soudées, présentant les caractères d'une sorte de nécrobiose, et c'est elle probablement qui donne à l'œil nu l'aspect de néo-membranes jaunâtres que nous avons signalé.

Pour les autres organes, nous énumérerons rapidement la congestion veineuse de l'encéphale, emphysème pulmonaire marqué, aux congestions du lobe inférieur droit. Cœur volumineux à ventricule gauche épais et détaché, sans lésions d'orifice ; à peine quelques stries blanchâtres à l'aorte. Foie assez petit, de coloration foncée. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une imprégnation biliaire. La vésicule contient quinze à vingt petits calculs à facettes ; elle n'est pas exulcérée à sa face interne. La rate est petite et ne présente à noter que des épaissements capsulaires fibroïdes. Le pan-

créas est normal. Les deux reins sont allongés, volumineux, mous et peu colorés, parsemés de nombreux kystes à contenu citrin. Il existe un certain degré d'hypertrophie prostatique.

Les varices des jambes sont très développées. Elles forment en certains points au-dessus de l'aponévrose jambière un véritable tissu caverneux, alvéolaire ; le derme est par places incrusté de sels calcaires.

Résumé.— Les signes ont été ceux de l'occlusion intestinale sauf la coloration brun rougeâtre des derniers vomissements. Il est à peine besoin de faire remarquer la difficulté du diagnostic clinique et opératoire dans les cas de ce genre, heureusement rares.

Nous sommes forcés d'avouer notre ignorance sur la cause de cette thrombose. Pour nous l'obésité du sujet doit jouer là un certain rôle, mais nous ne pouvions en démontrer ni le mécanisme ni l'importance.

M. DREYFOUS a vu des lésions identiques sur une pièce qu'il a présentée à la Société (*Bullet.*, 1885, p. 274) et qui étaient dues à une thrombose de la veine mésentérique supérieure.

Sclérose et adénome de la capsule surrénale, par A. PILLIET interne des hôpitaux, préparateur adjoint d'histologie à la Faculté.

L'adénome de la capsule surrénale est en général petit, et il n'est pas cherché dans la plupart des autopsies. Pourtant il doit avoir un certain degré de fréquence, car l'an dernier nous en avons présenté un à la Société anatomique ; et nous en avons récemment retrouvé un fort semblable, qui nous permettra de compléter en quelques points la description donnée dans notre premier cas.

Il s'agit d'une pièce trouvée à l'autopsie d'une femme de 80 ans, brigthique, soignée à l'infirmerie de médecine, dans le service du Dr A. Gombault et qui passa en chirurgie, dans le service du Dr Picqué, pour une parotidite suppurée à laquelle elle succomba. A l'autopsie, en dehors des lésions de petit rein atrophique sur lesquelles nous n'insisterons pas, nous lui trouvâmes un adénome de la capsule surrénale droite du volume d'une aveline. Il faisait corps avec la glande, sur la coupe, la substance corticale de la capsule paraissait se fondre dans son épaisseur, sa consistance était assez ferme, homogène, sa coloration grisâtre, avec une grande quantité de taches blanches et opaques, d'aspect crayeux.

Sur les coupes on constate tout d'abord dans le parenchyme la présence d'une quantité considérable de graisse, infiltrant le tissu par larges marbrures, et formant les taches blanches visibles à l'œil nu. Par l'orcanette, la plupart des cellules de l'adénome se colorent en un rouge acajou très foncé. Sur les pièces colorées par l'hématoxyline ou le carmin d'alun, traitées par l'alcool absolu et l'essence de girofle pour enlever la plus grande partie de la graisse et montées ensuite au baume, on peut voir la texture du néoplasme. Il n'y a point, comme dans la capsule division en substance corticale et substance centrale, mais la masse est découpée en grands polygones par des cloisons fibreuses ; au centre de chacun de ces polygones se trouve un vaisseau ayant la structure d'une artère.

Les travées ou boyaux remplis de cellules polyédriques tassées remplissent ces espaces ; elles sont orientées assez régulièrement au voisinage du vaisseau ; là, on les voit plus claires, comme vésiculeuses, le noyau est situé au milieu de l'élément. Le dégraissage est plus facile dans ces points un peu plus en dehors du vaisseau, pris comme axe, les cellules sont extrêmement chargées de graisse. Enfin, à la périphérie des espaces, les cloisons conjonctives sont infiltrées de boyaux cellulaires plus petits que les précédents, avec lesquels ils se continuent pourtant, et qui rappellent la disposition des vésicules ou tubes situés sous la coque même de la capsule surrénale, tels qu'ils ont été étudiés par Grandry. Il suit de là que ces cloisons font elles-mêmes partie de l'adénome, sont diffusées sur leurs bords, et que si on peut se servir d'elles pour essayer de topographier la lésion, il n'y a nullement de lobulisation véritable. La capsule fibreuse de l'adénome se continue avec celle du rein succenturié et n'est pas épaissie.

L'adénome contient donc des boyaux à petites cellules tassées, d'autres beaucoup plus nombreux, à grandes cellules vésiculeuses. Elles ont en dehors de la surcharge graisseuse, des pigmentations jaunâtres par place, mais celles-ci sont très peu abondantes et leur disposition n'est jamais régulière comme dans la zone pigmentaire de la couche corticale de la capsule du vieillard. Par places on voit des flots de cellules se colorant bien plus énergiquement par les réactifs que la masse environnante.

Si l'on essaye de voir aux dépens de quels éléments se développent ces cordons épithéliaux, la chose est difficile ; moins pourtant dans le cas que nous présentons aujourd'hui que dans le premier. D'abord ces boyaux ne ressemblent pas à ceux de la substance médullaire de la capsule, ils ont au contraire un certain nombre de traits communs avec ceux de la substance corticale ; leur disposition allongée, la forme polyédrique des cellules, la surcharge graisseuse intra-cellulaire, la pigmentation. Sur la capsule surrénale au voisinage de l'adénome on voit un certain nombre de lésions qui peuvent nous servir pour l'étude de celui-ci. Elles ne sont pas spéciales à ce cas, nous les avons retrouvées sur quelques capsules surrénales de vieillards, et celle que nous présentons à la société, provenant d'un autre sujet en est un exemple entre plusieurs. La substance médullaire dans ces capsules paraît plus large que normalement, mais ceci peut n'être qu'une apparence due à la diminution de hauteur des tubes de la substance corticale. Celle-ci en effet est considérablement réduite. La portion située sous la coque, et qui contient les vésicules de

Grandry est manifestement scléreuse, et ces vésicules sont contenues dans une gangue de tissu conjonctif partant de la coque et s'enfonçant avec des dentelures irrégulières dans le parenchyme. Quelques-unes de ces dentelures se prolongent jusqu'à la substance médullaire. Les vésicules s'allongent en tubes comme à l'ordinaire, ceux-ci sont seulement très courts et présentent la stéatose de leur portion moyenne, la pigmentation de la portion juxta-médullaire, comme c'est la règle. Mais si l'on suit le pourtour d'une de ces capsules, on trouve assez souvent des points dans lesquels les tractus conjonctifs isolent un amas des tubes corticaux du volume d'un lobule hépatique ou plus petit. Dans les nodules ainsi formés les tubes sont en effet plus allongés que dans la substance corticale voisine. A un degré de plus, comme on le voit sur les préparations présentées, chaque nodule est entouré d'un anneau fibreux épais, et alors, c'est là le point important, les cellules en surcharge graisseuse qui remplissent les tubes du centre prennent un aspect fort semblable à celui des cellules de l'adénome volumineux que nous venons de décrire. Il semblerait donc que dans ces glandes sclérosées on assiste à la formation de petits adénomes.

Sans vouloir forcer les analogies, il nous est impossible de ne pas relever les traits de ressemblance qu'offre ce processus de formation adénomateuse avec celui qu'a si bien décrit M. Sabourin dans les adénomes du rein. C'est sur des capsules sclérosées que se développe l'adénome surrénal, comme l'adénome rénal sur le rein rétracté. Les tubes qui composent ces deux néoplasmes, quoique ayant une ressemblance assez manifeste avec ceux de la glande mère ne leur sont pourtant point identifiables et ont leur physionomie spéciale. Il n'est pas jusqu'à cette surcharge graisseuse si considérable de l'adénome qui ne rappelle la dégénérescence cristallo-graisseuse de M. Sabourin.

(P. S. Nous renvoyons pour les principaux renseignements bibliographiques à notre note de 1888.)

M. LETULLE considère cette production comme très fréquente, elle se présente souvent sous forme d'adénomes hémorragiques ; leur structure est quelquefois cachée par la graisse ; elle apparaît nettement si on dissout la graisse dans l'éther. Ils sont toujours accompagnés de sclérose et de dégénérescence graisseuse en flots. Ils s'observent chez les vieillards.

Fibro-lipome du cœur, par M. CARYOPHYLLIS,
interne provisoire.

Ce malade âgé de 66 ans ayant présenté pendant la vie tous les signes d'un mal de Bright, a succombé avec des symptômes d'asystolie cardiaque, dans le service de M. Gombault, à Ivry.

AUTOPSIE. — Nous avons trouvé entre autres lésions un cœur hypertrophié comme il est facile de le constater, et sur celui-ci une tumeur aplatie d'avant en arrière polypiforme à base inférieure et à sommet supérieur.

Cette tumeur d'une couleur blanc jaunâtre et de consistance élastique, mais assez ferme pourtant, s'insère par un pédicule épais d'un centimètre environ sur la face antéro-latérale externe de l'oreillette droite et sur l'espace qui sépare l'embouchure de la veine cave supérieure d'un point correspondant à l'embouchure de la veine cave inférieure.

La base de la tumeur présente une largeur d'à peu près 6 centimètres et une épaisseur de 2 à 3 centimètres.

La longueur prise de la base au pédicule d'insertion est d'environ 8 à 9 centimètres. La surface de section présente un aspect lardacé blanchâtre.

La tumeur était pendante dans la cavité du péricarde, et manifestement aplatie par les mouvements de locomotion du cœur. En ouvrant la séreuse on voyait la tumeur ayant la forme d'une oreille de chien appliquée contre la paroi antéro-latérale externe de l'oreillette et du ventricule droits.

Le péricarde lui-même ne présentait aucune lésion appréciable ; il n'y avait pas d'épanchements.

Des coupes microscopiques de la tumeur ont été préparées par M. Pilliet, interne du même service ; sur ces coupes on voit qu'elle est constituée par un stroma de tissu conjonctif peu abondant circonscrivant des aréoles assez vastes. Les cloisons sont constituées par des fibres de tissu conjonctif adulte qui est plus épais dans certains endroits et autour des vaisseaux.

Les aréoles sont remplies par du tissu adipeux, qui est très abondant et qui masque absolument le stroma de tissu conjonctif sur les préparations colorées à l'orcanette suivant la méthode indiquée par M. le Dr Achard. Le feuillet séreux du péricarde avec ses faisceaux parallèles enveloppe tout le polype ; c'est donc à un fibro-lipome sous-séreux, avec prédominance des cellules graisseuses que l'on a affaire.

Les autres viscères ne présentent que les lésions ordinaires du mal de Bright. Poumons congestionnés et très œdématisés. Reins petits rouges et granuleux.

Dans les quelques recherches que nous avons faites, nous n'avons trouvé mentionné qu'un fait de lipome du cœur publié par Albers (in *Virch. Archiv.*, VIII, 1855, p. 343).

M. CORNIL a vu un fibrome du péricarde, qui avait donné lieu à une hémorrhagie; il n'a trouvé dans les auteurs qu'une seule observation analogue de Rokitansky. Là où existent des fibromes il peut exister des lipomes.

Empreintes diaphragmatiques du foie. — Tuberculose chronique avec pneumonie interstitielle fibroïde ardoisée des deux sommets cancer latent du pylore. Tuberculose intestinale, par M. CARYOPHYLLIS, interne provisoire du service de M. Gombault, à Ivry.

Ce malade, âgé de 74 ans, garçon maçon, a présenté pendant les derniers jours de son passage à l'Infirmierie des signes de tuberculose chronique des deux poumons, mais surtout un état général cachectique avec amaigrissement très notable; peu d'appétit, mais pas de vomissement ni d'autres signes qui pouvaient attirer l'attention du côté de son estomac.

A l'AUTOPSIE nous avons trouvé le foie présentant sur la surface antéro-supérieure quatre sillons assez profonds et longs de 10 à 12 centim. Ils se dirigent de haut en bas et de dehors en dedans.

La capsule n'est pas épaisse à leur niveau. Ils proviennent de l'impression des faisceaux diaphragmatiques.

Le sommet des deux poumons présente un bel exemple de tuberculose chronique avec pneumonie interstitielle fibroïde ardoisée et franchement cicatriciel de la coque pleurale qui les enveloppe.

De plus, chez ce même malade nous avons relevé la coexistence de deux lésions rarement simultanées sur le tube digestif, c'est d'abord un épithéliome du pylore composé de deux masses, l'une ulcérée du volume d'une pièce de cinq francs, l'autre plus petite non ulcérée entièrement. Elles ne déterminaient pas de constriction de l'orifice pylorique, ce qui explique que dans ce cas on ne constate pas de rétrodistension de l'estomac.

Ce cancer a été absolument latent pendant la vie comme nous avons eu occasion de le voir. La seconde lésion est de la tuberculose intestinale formant plusieurs larges plaques ulcérées avec des granulations dans les lymphatiques du péritoine qu'on rencontre ordinairement dans ces cas. On sait que d'après M. Peter les épithéliomes du tube digestif, loin d'exclure la tuberculose la favoriseraient au contraire en inanitionnant le malade; mais la coexistence des deux ordres de lésions sur le canal digestif nous a pourtant paru intéressante à signaler.

Gangrène et perforation de l'appendice iléo-cœcal par une petite masse de matière fécale desséchée et durcie. Péritonite consécutive, — par M. MAURIN, interne des hôpitaux.

Ser... Michel, âgé de 25 ans, employé de commerce, entre le mars 1889 à la Charité, service de M. Blachez. On ne trouve dans ses

antécédents héréditaires et personnels aucun fait qui mérite d'être signalé. Il a toujours joui d'une parfaite santé et dit n'avoir jamais été malade.

Il y a cinq jours, c'est-à-dire le 3 mars dernier, il fit un dîner un peu plus copieux que de coutume. La nuit suivante, il éprouva quelques coliques sèches qu'il met sur le compte de champignons mangés la veille.

Le 4, les coliques persistent, diffuses, sans localisation bien spéciale, mais elles sont supportables et le malade peut aller à son magasin. Le 5, pas d'amélioration. Une selle spontanée, assez abondante, qu'il a dans la soirée ne lui apporte aucun soulagement. Le 6, au matin il s'administre de son chef, une bouteille d'eau d'Hunyadi-Janos qui lui procure 4 à 5 évacuations. Mais la douleur de ventre au lieu de diminuer augmente et devient bientôt excessive.

Le malade est obligé de garder le lit, il n'a aucun moment de repos. Le 7, mêmes souffrances. Pas de garde-robe. Vomissements alimentaires et bilieux. N'urine presque pas de toute la journée. Le 8, après une très mauvaise nuit, il vient à pied, à la consultation de la Charité.

Etat actuel. — C'est un homme d'une assez forte constitution. Son facies est légèrement grippé, sa respiration est courte, accélérée. Il se plaint d'une douleur très vive dans le ventre, principalement à droite, vers la fosse iliaque, exaspérée par la moindre pression, le moindre mouvement. Le ventre n'est point ballonné. Il est plutôt déprimé, tant les muscles abdominaux sont contracturés. Aussi est-il absolument impossible d'explorer l'état des viscères sous-jacents. Une injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorhydrate de morphine, faite, séance tenante, soulage rapidement le malade, mais ne rend pas l'exploration plus facile. on ne trouve nulle part de signes d'étranglement herniaire. Le toucher rectal reste complètement négatif. Le malade dit avoir de la difficulté pour uriner. Il a vomé trois fois en l'espace de deux heures, vomissements bilieux, verdâtres. Pas de garde-robe.

Respiration courte, 32. Pouls assez fort, 92. Température axill., soir 39° 6. Rien de particulier à l'auscultation du côté des organes thoraciques, poumons et cœur.

Le 9. Le malade a passé une mauvaise nuit, malgré plusieurs piqûres de morphine. Il souffre horriblement. Le ventre est toujours plutôt rétracté. Vomissements de plus en plus fréquents. Urines rares, 150 gr. en 24 heures. Elles ne contiennent pas d'albumine. Pas de garde-robe.

T. axill., m., 38° 4; s., 38° 8.

Le 10. Aggravation progressive des symptômes. Le malade qui ne prend que du lait et du bouillon froids avec de la glace, rejette ces aliments presque aussitôt ingérés, mélangés à de la bile. Il a des nausées presque continuelles, quelques hoquets, vers le soir, une petite selle diarrhéique spontanée. Il se plaint d'une barre transversale très douloureuse occupant la partie supérieure de l'abdomen.

Le ventre, qui jusque-là était contracté, commence à se ballonner. Soif vive. Respiration anxieuse. Pouls plus faible; 38°. T. m., 37° 6; s., 38° 6. Urines toujours très rares.

Le 11. Les symptômes vont toujours en s'aggravant, facies grippé.

Sentiment de faiblesse extrême, vomissements incoercibles, bilieux, verdâtres. Ballonnement du ventre. La douleur continue à être très vive, et généralisée. Pas de garde-robe.

Urines très rares. 120 gr. en 24 heures, fortement colorées.

Resp. 40, pouls petit, filiforme. Temp. matin, 37° 4 ; soir, 36° 8.

Le 12. La nuit a été assez calme, grâce à trois injections de morphine faites de 8 heures du soir à 7 heures du matin. A la visite le malade se dit à bout de forces. Les traits sont tirés, les yeux excavés, cerclés de noir. Une sueur froide couvre son visage ainsi que tout le reste du corps. La voix est éteinte, l'haleine fade. La respiration courte, précipitée. Le pouls petit, filiforme. Le ventre est ballonné surtout vers la région épigastrique. Il paraît moins douloureux. Les vomissements continuent surtout fréquents depuis 5 heures du matin. Ils se composent des liquides ingérés, eau vineuse, potion de Tood, rendus tels quels, mélangés seulement à quelques mucosités. Pas de bile. Le malade n'a pas uriné de toute la nuit. Pas de garde-robe. L'intelligence est entièrement conservée.

Temp. axill. 37° 7. Mort à 11 heures du matin.

AUTOPSIE faite 36 heures après la mort. A l'ouverture de la cavité abdominale, les anses intestinales, considérablement dilatées, agglutinées entre elles par un exsudat fibrino-purulent, semblent ne faire qu'une seule masse. Cet exsudat, surtout épais dans l'intervalle des circonvolutions, au niveau de leurs points de contiguïté, existe aussi par place sur leur face libre, en rapport avec le péritoine pariétal. Il est très peu adhérent. On l'enlève facilement soit avec une pince soit par le raclage. Au-dessous, les parois intestinales se montrent très congestionnées, d'un rouge violacé. Si, sans les déplacer, on déprime avec soin les anses intestinales, on constate que dans leurs interstices, existent çà et là des fusées purulentes surtout abondantes à droite où elles se poursuivent jusque sous le foie et sous le diaphragme. Un liquide purulent, épais, blanchâtre, se montre en quantité notable dans le petit bassin et dans la fosse iliaque droite. L'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin, enlevés avec soin et déroulés sur la table d'amphithéâtre ne présentent aucune trace d'ulcération. L'estomac contient une petite quantité de liquide noirâtre.

L'intestin renferme une assez notable quantité de matière jaune, glaireuse, dont la consistance augmente à mesure qu'on s'approche du cœcum.

Le cœcum et le gros intestin sont vides. En examinant l'appendice iléo-cæcal, on découvre qu'il existe dans sa cavité, à l'union de sa portion libre et de sa portion adhérente, un corps étranger qu'à son volume, sa consistance et sa forme, on pouvait prendre de prime abord pour un noyau de cerise; mais en incisant à son niveau la paroi, on constate que ce corps étranger n'est autre qu'une petite masse de matière fécale, bien reconnaissable à son odeur, de couleur jaunâtre, desséchée et durcie, qui s'effrite sous les doigts. Toutes les parties qui la composent sont recueillies, placées et agitées dans une petite quantité d'eau où elles ne tardent pas à se délayer en totalité, sans laisser le moindre résidu. La portion libre de l'appendice longue de centimètres est noirâtre, flétrie, effilochée, gangrenée. La portion adhérente ne présente aucune altération. Elle n'est point dilatée. Son orifice cæcal a deux millimètres de diamètre environ. Un stylet

mousse introduit par cet orifice dans sa cavité sort par l'extrémité gangrenée.

Les ganglions mésentériques légèrement hypertrophiés sont congestionnés. Le péritoine pariétal, d'un gris blanchâtre, est dépoli, et tapissé par places d'exsudat fibrino-purulent.

Le foie paraît normal. La vésicule biliaire également saine, est à moitié remplie d'un liquide jaune brunâtre. La rate est petite, sans lésions. Les reins congestionnés se décortiquent bien.

Cœur normal, sans lésions d'orifices. Une plaque laiteuse, ovulaire de la dimension d'une pièce de un franc sur le ventricule gauche. Adhérences pleurales anciennes au niveau du sommet droit. Congestion de la base des deux poumons. A la coupe du sommet du poumon droit on trouve deux tubercules crétacés de la grosseur d'un pois et dans le voisinage des lésions de pneumonie fibreuse.

RÉFLEXION. — Cette observation nous a paru intéressante à présenter comme cas type de péritonite par gangrène et perforation de l'appendice iléo-cæcal. Plusieurs faits de même genre sont déjà consignés dans les bulletins de la Société anatomique : perforation par épingle, grains de plomb, ver lombric, etc., mais nous n'y en avons pas trouvé où la gangrène et la perforation étaient dues uniquement comme dans notre cas, à un petit amas de matière fécale desséchée et durcie, véritable calcul stercoral.

Obstruction intestinale causée par un calcul biliaire enclavé dans l'intestin grêle. — Communication de la vésicule avec l'estomac et le duodénum, par MM. E. C. AVIRAGNET, interne des hôpitaux, et VASSAL, interne provisoire.

La nommée Bricheton, 54 ans, bijoutière, entre le 25 février 1889, dans le service de M. le professeur Laboulbène, à l'hôpital de la Charité, salle Briquet, n° 6. Quinze jours auparavant, elle avait été prise de douleurs abdominales violentes, accompagnées de vomissements verdâtres; ces douleurs ont cessé au bout d'une dizaine de jours. Au moment de l'entrée la malade présentait encore un peu de sensibilité au niveau de la vésicule biliaire et un léger embarras gastrique qui disparut rapidement.

Elle resta douze jours sans présenter aucun trouble. Elle pensait à quitter le service quand elle fut prise subitement dans la nuit du samedi 9 mars au dimanche 10 de violentes douleurs abdominales avec vomissements. Dans la journée du samedi elle s'était sentie fatiguée et le soir elle avait rendu son dîner.

Dimanche, 10 mars. Température 37°,8. Le ventre est douloureux principalement dans la région hépatique et dans la fosse iliaque gauche; il n'est pas ballonné. Il y a des vomissements verdâtres et de la constipation. On pense à une péritonite ou à une obstruction intestinale.

L'état s'aggrave dans la journée et le lendemain 11 mars, apparaissent des vomissements fécaloïdes qui confirment le diagnostic d'occlusion intestinale. La température est à 35°.6. Le facies est grippé. Le ventre n'est pas ballonné ; il est partout douloureux. Constipation opiniâtre. Anurie complète. On sonde la malade à plusieurs reprises ; on ne retire que quelques gouttes de sang.

Traitement : lavements d'eau de Seltz qui n'amènent aucun changement.

12 mars. Temp. 35°. Le facies est plus grippé ; les vomissements fécaloïdes n'ont pas cessé ; la constipation et l'anurie persistent.

Les lavements d'eau de Seltz, le lavage du rectum demeurent sans effet.

La malade tombe dans le collapsus et meurt le mercredi 13 mars à 9 heures du matin.

AUTOPSIE. — Après l'ouverture de la cavité abdominale, on aper-

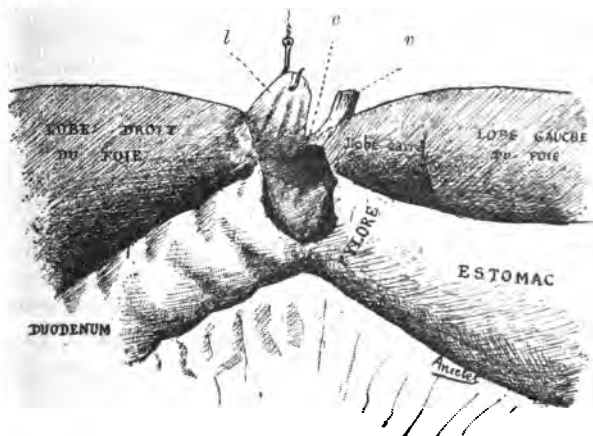


FIG. 1. — l. Lambeau relevé pour montrer l'embouchure de la vésicule au niveau du pyllore. — e. Entrée de la vésicule biliaire. — v. Veine ombilicale.



FIG. 2. — Calcul biliaire.

ait dans l'intérieur de l'intestin grêle un corps étranger au niveau auquel l'intestin présente une coloration verdâtre. On incise en ce

point et on retire un volumineux calcul biliaire. Longueur : 4 cent. Circonférence : 8 cent 1/2. Poids, 25 gr.

L'une des extrémités du calcul est nettement circulaire ; l'autre irrégulière présente alternativement des saillies et des dépressions.

Le calcul siégeait à un mètre environ en deçà de la valvule iléo-cæcale. La portion de l'intestin située en avant de lui était dilatée, congestionnée, pleine de matières liquides. Au point où siégeait le calcul, l'intestin était verdâtre, friable ; plus loin l'iléon était pâle et avait son calibre normal.

La vésicule biliaire n'était pas visible au premier abord ; en disséquant le tissu épaissi qui l'entourait, on pénétra dans sa cavité. L'ouverture agrandie, on peut constater que la vésicule était petite ; elle s'était atrophiée par suite de la présence dans son intérieur du volumineux calcul qu'on avait trouvé dans l'intestin. Le fond de la vésicule irrégulier, anfractueux, présentait une série de saillies et dépressions qui correspondaient aux saillies et dépressions qu'offrait l'une des extrémités du calcul.

La vésicule adhérait à l'estomac et au duodénum avec lesquels elle communiquait par un large orifice au niveau du pylore. Avec le doigt on pénétrait facilement dans ces deux organes.

Rien de particulier à noter dans les autres organes.

Le calcul s'était engagé dans le duodénum dans la nuit du 9 au 10 mars ; le dimanche matin il était dans la fosse iliaque gauche, d'où la douleur violente qu'on constatait à ce niveau. Si la malade avait vécu, le calcul serait arrivé jusqu'à la valvule iléo-cæcale, mais son volume permet de penser qu'il n'aurait pas pu passer dans le cæcum. La mort était donc inévitable. Seule, une laparotomie aurait peut-être pu la sauver.

Recherches expérimentales sur le mécanisme des fractures indirectes de la colonne vertébrale, par JOSEPH MÉNARD.

Les expériences que nous avons l'honneur de présenter à la Société anatomique, ont été faites à Bicêtre, du 15 au 31 janvier, dans le but de rechercher la localisation des lésions vertébrales suivant la cause fracturante. Malheureusement, nous n'avons pu nous procurer que des sujets âgés pour la plupart d'au moins 60 ans. Mais, disons tout de suite que ces sujets étaient choisis vigoureux, bien constitués, et qu'ils étaient presque tous d'apparence moins âgée. En outre, sur deux sujets de 43 ans, sur un de 36 et un autre de 56 ans, les résultats ont été les mêmes au point de vue du siège des

lésions, ce qui porte à penser que l'âge n'influe pas d'une manière bien sensible sur la localisation de la fracture vertébrale.

Nous ne pouvons qu'insister sur la manière dont nous avons opéré et sur les résultats obtenus, sans entrer dans le détail de chaque expérience, et sans rappeler les expériences, faites antérieurement par Bonnet, par Philipeaux, par MM. Chédevergne, D. Mollière et Féré. Nous nous permettons de renvoyer pour les développements à notre thèse inaugurale où les faits expérimentaux seront discutés en détail et appuyés par des faits cliniques.

Dans une *première série* d'expériences, les sujets, *non autopsiés*, étaient précipités *sur la nuque*. Pour cela, la tête était maintenue fortement fléchie sur le thorax par une courroie, et le cadavre était élevé à 3 mètres ou 3 m. 50 au-dessus du sol, à l'aide d'une corde fixée au-dessus des malléoles. Quand le cadavre était bien immobile, on lâchait brusquement la corde et la chute se faisait verticalement sur la nuque et la partie supérieure du dos. Le rachis et la moitié postérieure des côtes étaient enlevés avec précaution et disséqués minutieusement.

Neuf expériences ont été faites dans ces conditions. Or, neuf fois les lésions principales ont porté vers la région dorsale, c'est-à-dire sur une ou plusieurs des 10 premières vertèbres dorsales, les deux dernières (11^e et 12^e) méritant plutôt de faire partie de la région dorso-lombaire. Il y a eu pourtant quelques fractures dans la région dorso-lombaire, mais elles étaient moins constantes et s'accompagnaient de dégâts moins prononcés. Voici, du reste, les vertèbres fracturées dans chaque cas.

1^{re} expérience : 7^e cervicale ; 4^e, 5^e, 6^e, 7^e ; 9^e et 10^e dorsales ; 12^e D. et 1^{re} lombaire.

2^e — 7^e C. ; 3^e et 4^e D. ; 7^e D. ; 12^e D.

3^e — 6^e D.

4^e — 6^e et 7^e D.

5^e — 4^e et 7^e D. ; 1^{re} L.

6^e — 6^e D.

— 5^e, 6^e, 7^e, D. ; 11^e et 12^e D, et 1^{re} L.

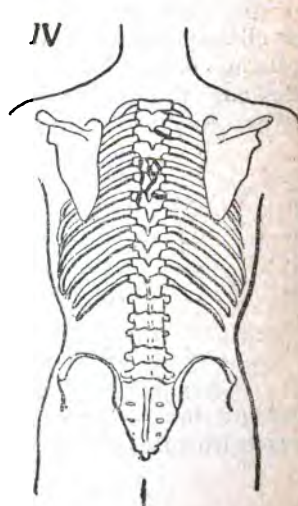
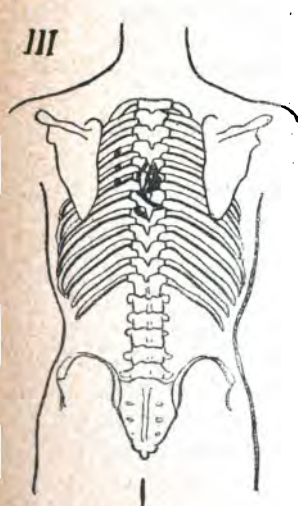
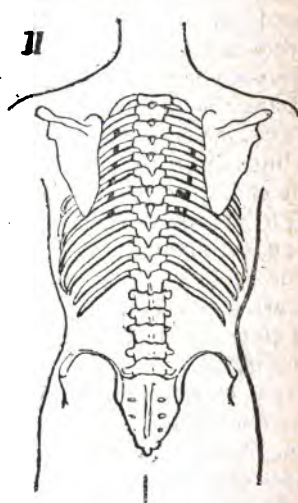
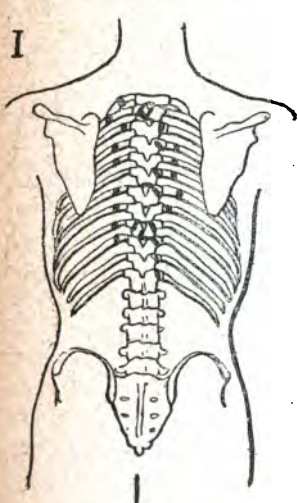
— 6^e et 7^e D.

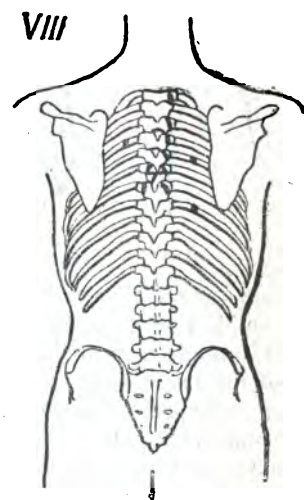
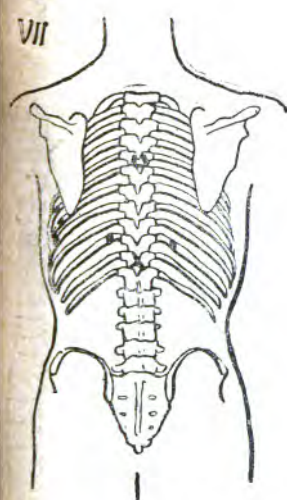
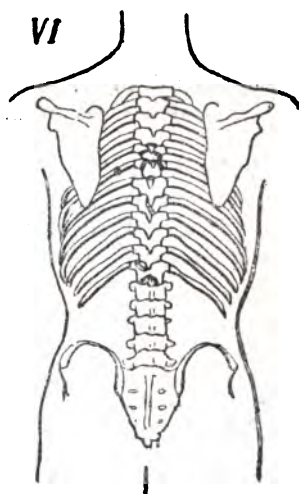
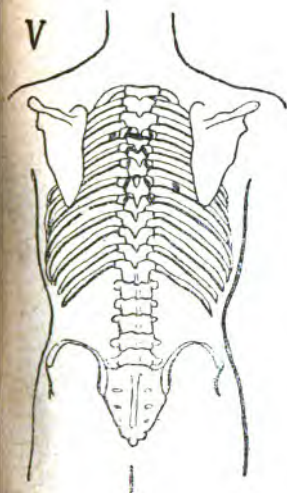
— 5^e et 7^e D. ; fracture de la base du crâne.

Presque toutes ces fractures dorsales étaient accompagnées de fractures de côtes, dont le siège était variable ; quel-

quefois seulement il y avait luxation de l'extrémité interne et postérieure de la côte, qui entraînait l'apophyse transverse fracturée à sa base.

Pour mieux faire apprécier le siège des lésions dans chaque expérience, les principales ont été notées sur des schémas ; toutefois beaucoup de fractures de côtes au niveau de leur col ou de leur tête, n'ont pu être figurées.



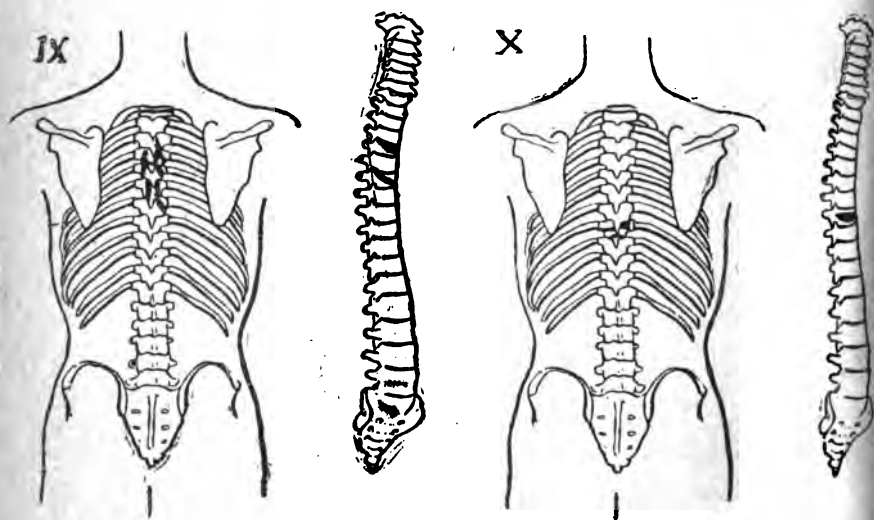


Dans une *deuxième série* qui ne comprend que deux expériences, nous avons opéré par pressions directes sur la partie supérieure du rachis, le sujet étant assis par terre, les membres inférieurs étendus.

Le 1^{er} cadavre était intact; les pressions ont été faites comme les faisait M. D. Mollière, sur les dernières vertèbres cervicales et les premières dorsales, et un peu sur les épaules.

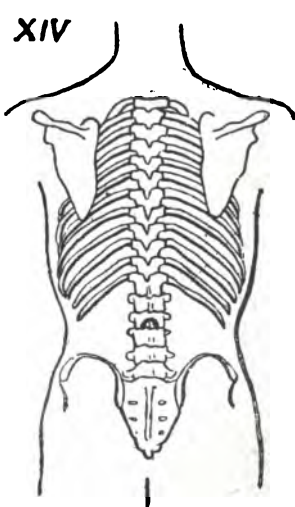
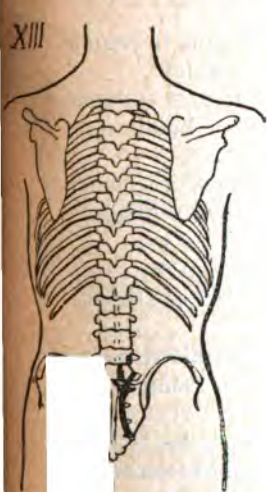
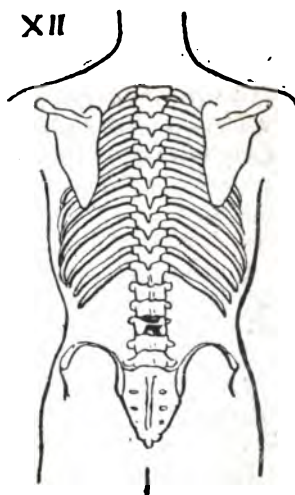
La 9^e dorsale a été fracturée.

Le deuxième sujet était autopsié du thorax, les pressions ont été faites sur le rachis et surtout sur les épaules; la fracture a atteint la 11^e vertèbre dorsale.



Dans une *troisième série* d'expériences, nous avons opéré comme M. Féré : les membres inférieurs en extension sont fléchis à angle aigu sur la face antérieure du tronc, où ils sont maintenus par une courroie passant derrière le cou. La corde qui doit suspendre le cadavre, passe derrière les épaules, puis sous les aisselles, remonte en avant des épaules, et vient se nouer en arrière du cou. De cette façon, le sujet élevé à 3 m. au-dessus du sol, tombe sur les deux ischions situés sur le même plan horizontal, le rachis restant vertical.

Cette troisième série comprend trois expériences, les 12°, 13° et 14°. Les fractures ont porté : une fois sur la 3^e lombaire, une fois sur la 2^e, et une fois sur la 5^e lombaire. Cette dernière s'accompagnait d'une fracture du sacrum.



Enfin la 15^e expérience n'est que la répétition d'une expérience ancienne faite par M. D. Mollière. Elle consiste à isoler les corps vertébraux des arcs postérieurs, en sectionnant les pédicules tout en laissant intacts les grands surtout ligamenteux antérieur et postérieur. La tige rachidienne ainsi constituée est maintenue verticale, la 4^e vertèbre lombaire appuyant sur le sol, et nous frappons un coup sec et fort sur l'extrémité supérieure. Nulle part il ne s'est produit de lésions osseuses ; mais entre les 6^e et 7^e dorsales le disque s'est déchiré à peu près par sa partie moyenne, et irrégulièrement. L'expérience répétée sur le tronçon inférieur, amène le même résultat, c'est-à-dire que le disque se déchire en certains points, s'arrache en d'autres, mais les corps vertébraux restent intacts.

16^e expérience. Au lieu de frapper sur l'extrémité d'une colonne ainsi réduite à ses corps réunis par les disques, si l'on en saisit les deux extrémités, et si on cherche à les rapprocher en pliant la tige en deux, c'est encore le disque interosseux qui cède. Une fois seulement, sur trois expériences de ce genre, l'os a été écrasé.

De toutes ces expériences, nous tirons les conclusions suivantes :

1^o Dans les *chutes sur la nuque*, la tête restant fléchie, la fracture se fait toujours dans la région dorsale de la colonne vertébrale.

2^o Il peut y avoir en même temps, fracture dans la région dorso-lombaire, mais ce résultat est moins constant.

3^o Ces fractures dorsales s'accompagnent le plus souvent de fractures de côtes, quelquefois seulement de luxation de la tête costale.

4^o Dans les *chutes sur le siège*, les membres inférieurs étant fléchis contre le thorax, la fracture se localise dans la région lombaire ou dorso-lombaire.

5^o Les disques intervertébraux sont moins résistants que les corps vertébraux, quand la résistance de l'arc postérieur est supprimée.

Que la Société veuille bien encore nous permettre de lui présenter un schéma représentant la fréquence relative des fractures pour chaque vertèbre.

Ce schéma résume les fractures signalées dans les 282 observations que nous avons pu recueillir. Il établit très nette-

ment l'énorme disproportion entre les fractures des 12^e dorsale et 1^{re} lombaire, et celles de la généralité des autres vertèbres des autres régions dorsale et dorso-lombaire. On y voit cet autre résultat, que les fractures de la région dorsale proprement dites sont beaucoup plus fréquentes que ne le font supposer les descriptions classiques.

En effet, si l'on additionne d'une part les chiffres des dix premières dorsales, et d'autre part ceux de toutes les vertèbres suivantes, jusqu'à la cinquième lombaire, on trouve 151 *fractures dorsales* et 232 *fractures dorso-lombaires*. On constate enfin que, dans la région dorsale supérieure, la 5^e vertèbre se distingue de ses voisines, ce qui est dû probablement à sa situation anatomique, au point le plus rétréci de la colonne dorsale.

Hernie étranglée. — Anus contre nature. — Mort, par M. ROCHARD, chef de clinique chirurgicale. — **Étude des lésions histologiques,** par MM. CORNIL et TCHISTOWITCH.

M. Rochard communique une observation de hernie étranglée datant de 9 jours et qu'il a traitée par l'anus contre nature.

MM. CORNIL et TCHISTOWITCH ont fait l'examen histologique de l'intestin.

La hernie était constituée par le côlon transverse ; celui-ci était vide, et très rétréci au-dessous de l'étranglement ; au-dessus de l'étranglement, au contraire, le cæcum et le côlon ascendant étaient énormément dilatés.

Le cæcum plus gros qu'une tête d'adulte, présentait deux perforations, l'une à peine visible à l'œil nu, l'autre ayant environ 2 millim. de diamètre. Le péritoine de la portion herniée est sain, la muqueuse présente une rougeur ecchymotique, et comme des fausses membranes gris jaunâtre.

La portion dilatée (cæcum et côlon ascendant) est aussi gravement atteinte ; la muqueuse est gonflée, présente des taches ecchymotiques, foncées ou nécrosées de couleur jaune verdâtre ou noirâtre, et comme recouvertes d'une fausse membrane. C'est dans le cæcum que la muqueuse offre le maximum des lésions.

Il est intéressant de savoir que des altérations aussi profondes peuvent occuper une partie éloignée (un mètre environ) de l'anse étranglée.

Les lésions histologiques suivantes ont été étudiées sur trois pièces fournies par MM. Kirmisson, Chaput et Rochard.

Elles atteignent surtout la muqueuse et la sous-muqueuse. Sur une coupe comprenant une partie gonflée et saillante on ne retrouve plus ni villosité ni glande; la musculaire de la muqueuse soulevée affleure à la partie culminante de la plaque; la partie épaissie est donc formée uniquement par la tunique cellulo-vasculaire; les vaisseaux y sont énormément distendus par le sang ou la fibrine.

Dans l'intervalle des vaisseaux on voit des globules rouges, des globules blancs et de la fibrine, formant par leur ensemble cette sorte de fausse membrane signalée plus haut.

En appliquant la méthode de Weigert pour la coloration de la fibrine, on obtient un réseau très net et très fourni qui infiltre toute cette couche.

Les couches musculaires transversale et longitudinale sont peu lésées; on y trouve seulement une distension des vaisseaux, quelquefois des hémorragies interstitielles et quelques cellules migratrices.

A un plus fort grossissement, on voit au voisinage des vaisseaux des cellules migratrices nombreuses qui se colorent encore, témoignant d'un processus inflammatoire; dans le tissu conjonctif réticulé, des portions de la sous-muqueuse encore existantes, beaucoup de cellules lymphatiques sont granuleuses, hyalines, sans noyau colorable par le carmin et nécrosées.

Il y a donc là à la fois un processus inflammatoire et une nécrose qui atteignent la muqueuse, et qui sont l'origine des plaques pseudo-membraneuses. Celles-ci ne sont pas surajoutées à la surface de la muqueuse; elles représentent seulement des flots mortifiés en voie d'élimination.

Les lésions sont les mêmes sur les portions de l'intestin voisines de la hernie.

Elles sont faciles à expliquer dans la portion étranglée par la stase vasculaire; le défaut de circulation, l'absence de rénovation des liquides et par suite de nutrition favorise la nécrose; l'élimination des tissus nécrosés est aidée par l'action du liquide intestinal qui stagne, et des microbes qui s'y multiplient abondamment; pour les parties de l'intestin situées au-dessus de l'étranglement, il faut invoquer surtout la rétention des matières altérées et putréfiées.

Ces lésions avaient été déjà esquissées par Nicaise, Thierfelder; il était nécessaire de les étudier plus complètement.

M. HARTMANN a montré à la Société des lésions identiques dans une hernie non étranglée, mais qui était devenue irré-

ductible par l'hypertrophie d'une frange épiploïque. Une perforation s'était produite au-dessus de l'anse herniée, et les lésions s'étendaient jusqu'au cæcum.

Recherches sur les lymphatiques des téguments des organes génitaux chez l'homme. — Par GÉRARD MARCHANT, chirurgien des hôpitaux.

Dans un concours pour le prosectorat, nous avons eu à étudier la disposition des *lymphatiques des téguments des organes génitaux externes chez l'homme* : nous publions aujourd'hui le résultat de ces recherches, appuyées sur un nombre considérable de préparations anatomiques, déposées par nous au musée de la Faculté de médecine (musée Orfila); un jeune dessinateur de talent, M. Daleine, a reproduit avec soin celles de ces pièces qui servent de base à notre description.

I. — HISTORIQUE

C'est en 1780, c'est-à-dire plus de 150 ans après la découverte des vaisseaux lactés chez l'homme (*Gassendi*, 1628), que *Mascagni* fit représenter dans des planches magnifiquement gravées les lymphatiques des organes génitaux. A une époque plus rapprochée de nous, en 1830, *Panizza* injecte et fait reproduire ces mêmes lymphatiques.

Nous avons trouvé peu de renseignements dans la plupart des traités d'anatomie, publiés en France et à l'étranger.

Dans l'atlas de *J. Cloquet*, les planches 271 et 274 sont consacrées à l'étude de ces lymphatiques : on trouve dans la planche 274 une représentation exacte des anastomoses par communication longitudinale, que présentent souvent les troncs dorsaux de la verge, avant de gagner un des ganglions de l'aîne.

En 1857 paraît l'atlas d'anatomie descriptive de *Bonamy et Lau* : la planche 54, de la deuxième partie (fig. 3), représente assez de vérité, mais incomplètement, le réseau de la membrane muqueuse du gland, et dans la fig. 5, on voit leseau lymphatique du scrotum.

Les atlas de *Béraud* (1865), de *Benjamin Anger*, ne nous fournissent rien d'intéressant, comme on pouvait s'y attendre.

Jarjavay, dans ses *Recherches anatomiques sur l'urèthre de l'homme*, consacre trois pages à la description des lymphatiques de l'urèthre et du gland (p. 154).

Les continuateurs de *Cruveilhier* se bornent à reproduire une des figures de l'atlas de Bonamy, et ne donnent de ces lymphatiques qu'une description fort écourtée.

Nous avons parcouru les traités d'anatomie parus à l'étranger, sans rien trouver de nouveau dans ces publications (1).

Dans le *grand traité des vaisseaux lymphatiques*, publié par le professeur *Sappey*, on trouve plusieurs planches qui reproduisent les lymphatiques des téguments des organes génitaux externes chez l'homme.

II. — APERCU GÉNÉRAL DE NOS RECHERCHES

Nos recherches nous ont conduit à constater ce qui avait été si magistralement démontré en France : il est cependant quelques détails qui nous ont frappé et à l'étude desquels nous avons apporté toute notre attention.

Nous avons remarqué la disposition *helicine*, *contournée*, *pelotonnée*, sur quelques points, des vaisseaux lymphatiques de la verge (planche I, fig. 1, 2, 3, 4); nous nous sommes demandé alors si l'on ne pouvait trouver la raison de cette disposition, sans une adaptation physiologique de ces lymphatiques à l'érection : plus tard nous constatâmes la même conformation extérieure des troncs lymphatiques sur le fourreau de la verge (planche I, fig. 6), puis au niveau du pédicule des bourses, au niveau du ligament suspenseur de la verge (planche I, fig. 1): ce fut là, pour nous, la preuve que ces lymphatiques

(1) QUINTS. Elements of anatomy, edited by William Sharpey, Allen Thompson, John Cleland.

HUBERT LUSCHKA (von Dr). Die anatomie der menschlichen Baues.
W. KRAUSE (von). Speinelle und macroscopische Anatomie.

G. HERMANN MEYER (von Dr). Lehrbuch der Anatomie der Menschen.
JOS. HYRTH (von). Zergliederungskund.

— — Handbuch der topographischen Anatomie.

HENLE. Handbuch der systematischen Anatomie der Menschen.

tiques doivent se prêter ainsi aux variations de volume, aux efforts d'allongement, de pression, de traction, dont ils sont le siège dans ces différentes régions.

Nous croyons donc que la disposition du système artériel et du système veineux, sur laquelle Muller, le premier, a appelé l'attention, a son analogie lointaine dans le système lymphatique : nous nous sommes dès lors attaché dans une série de pièces, à démontrer l'exactitude de cette harmonie de conformation.

Guidé par une autre série de préparations, nous avons trouvé une différence entre la disposition des troncs lymphatiques contenus dans le repli profond du prépuce, et ceux qui parcourent le repli superficiel (planche I, fig. 1, 5, 6).

Frappé par les variations qu'offraient dans leur disposition (*nombre, longueur, calibre*) les troncs lymphatiques tributaires du réseau du gland, nous avons cherché la cause de ces variations : la théorie que nous proposons pour les expliquer, repose sur la loi *par renversement de volume*, formulée par le professeur Sappey, pour le système sanguin.

Enfin les lymphatiques de l'urèthre nous ont présenté chez l'homme une disposition que nous croyons rare, et que nous avons figurée (planche III).

III. — DESCRIPTION DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES DES TÉGUMENTS DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ L'HOMME

Technique. — Nous avons suivi, point par point, la méthode opératoire indiquée par le professeur Sappey, dans sa thèse inaugurale, perfectionnée dans ses détails (appareil, choix des sujets), dans ses publications plus récentes : nous conseillons la lecture de ces travaux, dans lesquels on trouvera exposée, avec détails et précision, la technique si utile pour tout opérateur (appareil, pression, piqure du derme, lieux d'élection, etc., etc.). Nous suivrons dans notre description le même ordre que M. Sappey (*Traité d'anatomie descriptive*, II, p. 849).

A. — LYMPHATIQUES DU SCROTUM

Ce réseau est d'une richesse extrême, beaucoup plus riche que le système capillaire sanguin.

Sur un scrotum bien injecté et regardé par transparence, les mailles de ce réseau sont si rapprochées qu'elles se touchent et que le scrotum rappelle une véritable nappe argentée.

Au niveau du raphé, les lymphatiques de droite communiquent avec ceux du côté opposé : de là une richesse et une abondance encore plus grandes.

Il était intéressant, au point de vue embryogénique, de rechercher, si l'indépendance des deux moitiés scrotales qui caractérise dans une première période le développement du scrotum, si cette indépendance, dis-je, peut se retrouver pour le réseau lymphatique : nous avons dans ce but injecté des scrotums de fœtus de divers âges ; constamment nous avons constaté l'existence de ce réseau médian formé par la rencontre des lymphatiques droits et gauches. Il est donc probable que dès que la soudure existe, elle porte sur le système lymphatique comme sur les autres parties constituantes.

Il est une particularité qui nous a frappé, au point de vue du développement et des connexions de la peau de la verge avec celle du scrotum : lorsque chez un fœtus, ou un enfant très jeune on injecte le scrotum près du raphé (lieu d'élection), et en se rapprochant le plus près possible de la naissance de la verge, on voit le mercure courir sur le raphé scrotal, mais aussi sur le raphé de la peau de la verge : en un mot ces deux raphés s'injectent simultanément ; leur richesse est la même ; la peau de la verge ne semble être que le scrotum continué, si on ne considère que le relief du raphé et la facilité de l'injection. Chez l'adulte où la délimitation anatomique est très marquée, où le raphé n'est plus apparent qu'à la racine de la peau de la verge, le mercure respecte ces territoires distincts et l'injection reste localisée ; nous verrons même qu'ils est fort difficile d'injecter le réseau du fourreau de la verge chez un adulte.

Certainement on n'est pas autorisé à tirer de conclusion de ces singularités, mais tout en restant dans le domaine des

faits et de l'observation prudente, on peut dire que dans les premiers mois de la vie, la peau du fourreau de la verge continue par sa direction, sa netteté et son raphé inférieur, et enfin par ses connexions lymphatiques, le raphé scrotal.

En regardant un scrotum complètement injecté par sa face externe, on peut déjà prendre une idée du nombre; de la direction, du rapport des troncs lymphatiques, qui succèdent aux capillaires lymphatiques, et qui aboutissent aux ganglions de l'aîne; mais, c'est surtout dans des scrotums retournés, dont la face externe et convexe est devenue interne et concave, qu'on aperçoit avec netteté tous ces détails.

Nous n'avons pas à décrire ces troncs : il nous faudrait copier sans y rien changer, les lignes que M. Sappey consacrer à leur étude, et dont nos pièces rappellent toute la fidélité; nous devons donc nous borner à une nomenclature.

Dans une de nos préparations, qui provient d'un adulte, on aperçoit quelques troncs lymphatiques médians assez volumineux qui parcourent d'un bout à l'autre le raphé scrotal, et qui reçoivent à droite et à gauche, les troncs lymphatiques voisins.

Ces troncs lymphatiques, au nombre de dix à douze, se terminent dans les deux ou trois ganglions les plus internes du pli de l'aîne.

Nous demandons à insister sur quelques particularités, que nous avons étudiées, et qui concernent *le volume, les rapports* de ces troncs avec la tunique vaginale, avec la cloison des bourses, leur entre-croisement, enfin leurs flexuosités et leurs anastomoses au niveau du pédicule des bourses.

a. *Volume*. — Ce volume varie nécessairement avec l'âge; mais il y a aussi des différences individuelles, en dehors, bien entendu, de l'état morbide, dont M. Sappey a donné des exemples : c'est ainsi que sur un scrotum provenant d'un vieillard nous avons trouvé des troncs volumineux, ayant certainement le calibre d'une petite paille de blé : mesurés au compas ils nous ont offert deux millimètres. Comparez à ceux-là, les troncs lymphatiques d'un individu du même âge, ou bien encore ceux d'un enfant.

b. *Rapports avec la tunique vaginale*. — Les troncs émaillés du réseau scrotal, rampent dans le tissu cellulaire qui double la face profonde du scrotum, et la sépare de la tunique vaginale : or lorsqu'après l'injection lymphatique

du scrotum on procède, en tirant sur le cordon, au soulèvement du testicule et de ses tuniques propres, le scrotum suit ce mouvement d'ascension, se retourne en doigt de gant, et sa face profonde devient superficielle : on peut alors apercevoir, dans l'espace cellulaire qui sépare les tuniques des testicules du scrotum, plusieurs lymphatiques qui courent dans cette trame en se rapprochant plus ou moins des tuniques propres : mais ce n'est là qu'une apparence : car si, par quelques coups de ciseaux fins on libère ces adhérences, on retrouve les troncs lymphatiques qui reprennent leur place et leur direction, et qui soulevés, faisaient croire à des relations anatomiques qui n'existent pas.

c. *Rapports avec la cloison des bourses.* — Plusieurs troncs lymphatiques émanés de la face profonde du scrotum, parcourent cette cloison médiane : sur plusieurs préparations nous avons pu suivre leur trajet, et les voir aboutir aux ganglions internes du pli de l'aîne.

d. *Entre-croisement.* — D'une façon générale, on peut dire que les lymphatiques des téguments des organes génitaux externes, ont de la tendance à s'entre-croiser : les lymphatiques du gland, ceux de la peau de la verge nous en offrent des exemples : moins fréquente sur le scrotum, cette disposition existe cependant au niveau du raphé, dans son quart antérieur.

e. *Origine des troncs.* — Ce n'est pas seulement au niveau du raphé que les lymphatiques s'entre-croisent ; à leur origine, c'est-à-dire après leur formation, au niveau des réseaux on voit deux troncs voisins décrire des anses, des huit de chiffre très apparents.

Sans nous appesantir sur la signification de cet enlacement en anse, en huit de chiffre, que son caractère de fréquence nous permet de ne pas considérer comme une anomalie, nous croyons qu'il favorise dans une région essentiellement mobile, et à tissu cellulaire lâche, la permanence de position de ces troncs lymphatiques.

f. *Anastomoses et flexuosités.* — Ces troncs marchent d'abord isolés, mais arrivés au niveau du pédicule des bourses, on les voit s'anastomoser par convergence, et se réduire à dix ou douze troncs, ainsi que l'a démontré et figuré M. Sappey. Nous avons fait le dénombrement des troncs avant leur fusion et nous avons trouvé vingt-cinq

troncs environ, sur une de nos préparations, et vingt-huit à trente, sur une seconde.

Ces troncs avant d'abandonner la face profonde du scrotum pour gagner la partie postérieure de la peau de la naissance de la cuisse, décrivent des anses, des flexuosités remarquables.

Malgré l'appareil de suspension destiné à maintenir les limites, la forme primitive du pédicule des bourses, il se produit dans les dimensions du scrotum des variations physiologiques temporaires : nous pouvons dire dès à présent, croyant pouvoir le démontrer plus loin, par d'autres arguments, que ces flexuosités sont destinées à permettre aux lymphatiques de se prêter à ces changements temporaires de volume, ou plutôt qu'elles sont le témoignage de ces variations.

En résumé : *variabilité de volume, absence de relations avec la tunique vaginale, existence dans le cloisonnement médian des bourses, entre-croisement en anse et en huit de chiffre superposés au niveau de leur origine, rare entre-croisement dans leur parcours, flexuosités serpentine au niveau du pédicule*, tels sont les détails qui nous ont semblé appartenir à l'étude des troncs lymphatiques du scrotum.

B. — LYMPHATIQUES DU PRÉPUCE ET DES TÉGUMENTS DE LA VERGE

Nous croyons qu'il y a une distinction importante à établir entre les deux replis du prépuce, au point de vue de la disposition des lymphatiques. Le repli supérieur, celui qui continue et termine le tégument de la verge, offre un réseau et des troncs lymphatiques qui rappellent ceux des téguments de la verge : le repli profond au contraire, celui qui va se terminer tout autour de la rainure du gland, présente des lymphatiques qui ont avec ceux du gland des connexions intimes.

Plusieurs faits viennent plaider en faveur de la réalité de cette distinction.

1^{re} PREUVE. — *Injection.* — En injectant les vaisseaux lymphatiques du gland, on voit le mercure dessiner du même coup le réseau lymphatique du repli profond du prépuce,

mais si on ramène le prépuce en avant, si, en un mot, on reconstitue les deux replis dédoublés, on ne voit pas trace de lymphatique dans le repli superficiel ou supérieur.

2° PREUVE. — Lorsqu'on vient à piquer le raphé médian des téguments de la verge chez un enfant, en se rapprochant du prépuce, on voit le métal dessiner ce réseau médian, duquel partent de chaque côté plusieurs troncs (planche I, fig. 6); ce sont là les lymphatiques des téguments de la verge : or, on peut obtenir ainsi des lymphatiques dans le repli superficiel, lymphatiques dont l'origine est donc la même que celle des lymphatiques des téguments de la verge : nous n'avons jamais réussi à injecter simultanément, les lymphatiques du repli profond ou *glandaire*, et ceux du repli superficiel, que pour la commodité de la description on pourrait appeler *tégumentaire*.

3° PREUVE. — Nous ne devons pas nous contenter d'une apparence grossière : aussi avons-nous cherché à vérifier par la dissection, la légitimité de cette distinction ; or, sur plusieurs de nos pièces (planche I, fig. 1, 5) on peut constater que les capillaires lymphatiques émanés du repli glandaire du prépuce, se rendent dans les mêmes troncs que les lymphatiques tributaires du réseau du gland.

Nous verrons, en effet, que les troncs lymphatiques qui partent du gland, peuvent affecter deux trajets : les uns contournent le gland et lui forment une *espèce de collerette* : les autres, au nombre de deux (un pour chaque côté, droit et gauche, pénètrent dans l'espace constitué par les deux replis du prépuce, atteignent par un trajet curviligne, mais direct, le sommet du repli, puis rebroussement chemin, d'avant en arrière, pour aller rejoindre un des troncs dorsaux de la verge ; or, c'est ce tronc lymphatique *glando-préputial* qui reçoit dans son parcours les lymphatiques émanés du repli glandaire du prépuce (planche I, fig. 1).

Mais revenons aux lymphatiques des téguments de la verge que nous devons décrire dans ce chapitre.

Sur la fig. 6 de la planche I, on peut prendre une idée de la disposition de ces lymphatiques.

Ces lymphatiques sont difficiles à obtenir chez les adultes : chez les enfants le réseau et les troncs s'injectent facilement.

Comme l'a démontré M. Sappey, il existe un réseau médian inférieur duquel partent de chaque côté, cinq ou six troncs qui contournent le corps caverneux : ce réseau est fort riche ; il est l'analogue du raphé scrotal qu'il continue.

Les troncs qui en émanent contournent les corps caverneux ; mais nous tenons à faire remarquer que la courbe qu'ils décrivent est presque à angle droit (planche I, fig. 6) ; en un mot, ces troncs se dirigent verticalement en haut, parallèlement les uns aux autres et séparés par une petite distance ; mais arrivés sur la face dorsale de la verge, ils se tordent brusquement, et changeant de direction, de verticaux deviennent antéro-postérieurs ; or c'est au moment où ils rebrous-sent chemin brusquement, qu'on les voit décrire des *lacets*, des *huit de chiffre*. Tantôt ces troncs lymphatiques continuent séparément leur chemin, pour aller aboutir au ganglion interne de l'aine, par quatre ou cinq troncs de chaque côté : tantôt ils s'anastomosent ; enfin on remarque fréquemment que ceux du côté droit s'entre-croisent avec ceux de gauche.

Sur toutes nos pièces, nous avons constaté l'indépendance des troncs lymphatiques des téguments de la verge, par rapport aux lymphatiques dorsaux émanés du gland ; ils marchent parallèlement, mais sans connexions entre eux.

Pour résumer tous ces détails, nous dirons :

- a. *Le repli inférieur du prépuce ou glandaire, a des lymphatiques dont les connexions avec ceux du gland sont évidentes.*
- b. *Le repli supérieur seul, peut être étudié au point de vue de la disposition de ses lymphatiques avec les téguments de la verge.* — c. *Du raphé médian partent des troncs dont la coudure angulaire, et les enlacements, semblent être en rapport avec la distension que subit la peau de la verge, dans l'érection.*
- d. *Il y a une indépendance entre les troncs lymphatiques émanés du tégument de la verge, et ceux qui succèdent au réseau lymphatique du gland.*

C. — LYMPHATIQUES DU GLAND

Comme M. Sappey l'a démontré, il existe dans le gland **ux réseaux :**

Un réseau superficiel et un réseau profond, à mailles plus

larges, quadrilatères, formé de ramuscles et de troncules.

Dans le réseau superficiel, les capillaires lymphatiques décrivent des mailles dont le grand axe est antéro-postérieur.

Le plan profond est formé par des rameaux qui naissent de ces réseaux; sous forme de *griffe*, perpendiculairement à la direction des mailles. Ces rameaux qui se dirigent de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans (Sappey) vers le frein de la verge, se fusionnent de façon à donner naissance à un troncule unique.

Ce troncule reçoit sur un point de son parcours, les troncules émanés des *zones antérieures* (canal de l'urèthre) ou *postérieures du gland*; ce dernier, le postérieur, est tributaire aussi des lymphatiques émanés du réseau voisin du prépuce.

De cette fusion qui a lieu sur un même point (et on a alors sur un gland retourné une étoile à 4 branches), ou bien à des hauteurs inégales, de cette fusion résulte un tronc unique, le plus souvent (il peut y en avoir deux ou trois), qui va donner naissance sur les parties latérales du frein, à un plexus, bien vu et décrit par Panizza sous le nom de *plexus latéral du frein*.

Les lymphatiques qui succèdent à ces plexus, se dirigent de la face inférieure vers la face dorsale de la verge, sur laquelle ceux de droite communiquent avec ceux de gauche. La base du gland se trouve ainsi entourée d'une collerette, d'un anneau complet, de la partie médiane duquel part un seul tronc, en général très volumineux (planche II, fig. 1).

Quelquefois cependant, les troncs qui entourent la couronne ne se réunissent pas sur la ligne médiane : ils montent alors obliquement, et rampent indépendants sur le dos de la verge, parallèlement à la veine médiane (planche II, fig. 3) : ils arrivent au niveau du ligament suspenseur, ils se séparent parcourant la région pubienne, en décrivant une courbe à concavité inférieure et se terminent dans le ganglion supérieur et interne du pli de l'aîne. Si le tronc est unique et médian, il se bifurque à la racine de la verge, et ses deux branches se comportent de la même manière ; souvent il ne se divise pas, et se rend en totalité à l'un ou à l'autre côté (Sappey) (1).

Nous avons tenu à exposer sans y rien changer, la disposi-

(1) Il nous a semblé que c'était le plus souvent du côté gauche, à moins que ce ne soit là un hasard de préparation.

tion classique: cette description va d'ailleurs faciliter l'exposé des détails sur lesquels nous avons à entrer.

Du plexus de *Panizza* (planche I, fig. 1, planche II, fig. 3), ou de l'anneau lymphatique *circumglandaire*, part de chaque côté le tronc glando-préputial déjà décrit, et qui, dans son parcours curviligne, mais sans flexuosités, reçoit une partie des lymphatiques du repli inférieur du prépuce : les plus rapprochés de la rainure glandaire vont se jeter, nous l'avons vu, dans un des troncles formateur du réseau profond du gland.

Dans la fig. 1 de la planche I, on voit ce lymphatique glando-préputial PP', rejoindre le tronc dorsal, à un centimètre et demi en arrière du gland.

D. — TRONCS DORSAUX DE LA VERGE

I. — *Forme ansée ou pelotonnée des lymphatiques de la verge à leur origine, disposition hélicoïdale dans leur parcours et au niveau du ligament suspenseur de la verge.*

En jetant les yeux sur la planche I, fig. 1, on peut remarquer que le lymphatique dorsal de la verge, succède à des rameaux qui présentent des anastomoses par communication longitudinale et rappellent de véritables ellipses; cette disposition est très fréquemment observée, mais chose curieuse, le tronc lymphatique offre après son origine, un pelotonnement des plus accusés; en examinant plusieurs préparations, on ne tarde pas à se convaincre que cette disposition est presque constante, mais la flexuosité affecte différents types que nous avons fait reproduire dans les fig. 2, 3, 4 de la planche I; c'est tantôt comme en 2, une *anse simple*, tantôt comme en 3, une *série d'ondulations*, tantôt comme en 4, une *coudure angulaire*, avec lacets plus ou moins nombreux. (Dans toutes ces figures, la flèche indique la direction ultérieure du lymphatique.)

La permanence de cette disposition, comme caractère et non siège, nous amenait à en rechercher la cause: nous nous sommes autorisé à nous demander si ces flexuosités ne sont pas créées par le fonctionnement physiologique de la verge,

si, en un mot, dans le passage de l'état de flaccidité à l'érection, elles ne permettent pas encore au lymphatique de se dérouler, et de se prêter aux variations de volume ou de calibre dont la verge est le siège.

Nous sommes d'autant plus disposé à accepter cette explication, que la disposition hélicine des lymphatiques se retrouve très accusée au niveau du ligament suspenseur de

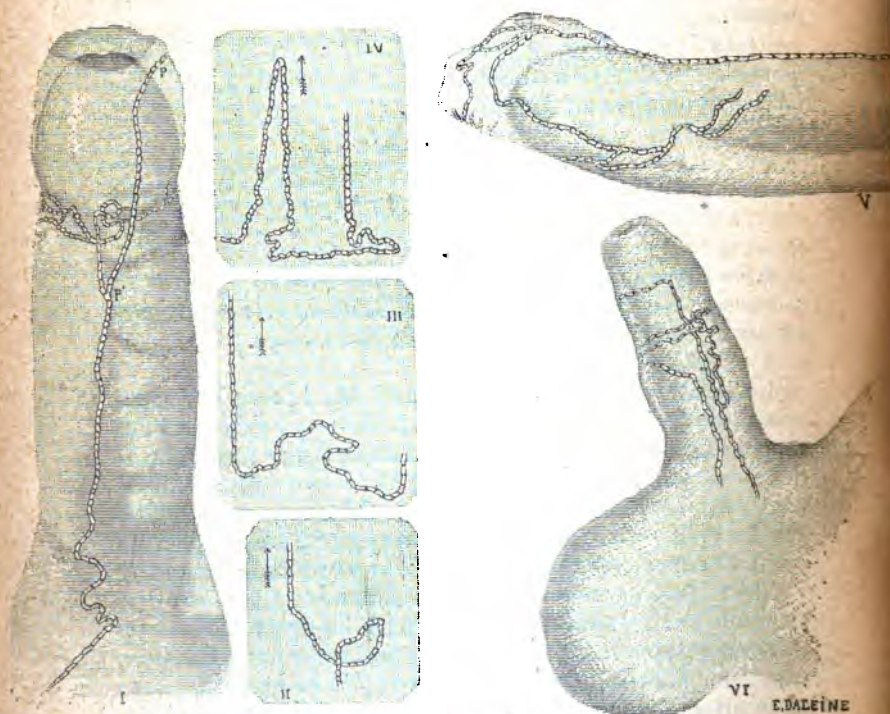


PLANCHE I

la verge (planche I, fig. I), et que nous l'avons déjà constatée au niveau des téguments de la verge, au niveau du pédicule des bourses, dans tous les points, en un mot, exposés à des elongations et à des raccourcissements.

II. — Variétés des troncs dorsaux de la verge.

Nous avons décrit la disposition classique que nous avons figurée en 1 de la planche II; en jetant les yeux sur les fig. 2, 3, 4, 5 de la même planche, on pourra se convaincre que les lymphatiques dorsaux de la verge présentent dans leur configuration des variétés, dont l'une d'elles (planche II, fig. 3) a été décrite par M. Sappey; nous appelons l'attention sur le coude que forme l'un de ces lymphatiques et sur leur entre-croisement, fait général, dans l'histoire des lymphatiques des téguments des organes génitaux externes, et dont nous retrouvons ici l'application.

La fig. 2 de la planche II, présente un tronc lymphatique unique qui offre plusieurs particularités : a. *Petitesse extrême* du calibre par rapport au lymphatique de la fig. 1. — b. *Trajet hélicoidal* des plus prononcés. — c. *Bifurcation, et constitution en réseaux* sur plusieurs points de son parcours.

Passant à la fig. 4 de la même planche, deux lymphatiques extrêmement sinueux et d'un calibre minime succèdent sans augmentation de volume, aux lymphatiques du gland et du prépuce : ces troncs se rapprochent et se confondent : dès lors pour démêler leur trajet, il faut les observer à la loupe : on les voit alors s'accoler, s'intriquer, décrire des flexuosités, qui rappellent celles de l'épididyme ; et, à un examen superficiel on pourrait croire que ce réseau est constitué par un seul lymphatique serpentin, alors qu'il y en a deux.

Sommes-nous autorisé à tirer quelques déductions de ces variétés que le hasard nous a offertes ? Après avoir constaté une fois encore la disposition hélicine de ces lymphatiques, n'est-il pas logique de se demander, s'il n'y a pas un rapport contraire entre la longueur des lymphatiques et leur calibre, et d'opposer le tronc volumineux de la fig. 1 (planche II) aux quatre troncs de moyen calibre de la fig. 3 de la même planche.

En présence de la disposition singulière des lymphatiques fig. 2 et 4 (planche II), nous serions disposé à admettre : cette exagération flexueuse, cette tendance constante à former des réseaux, en un mot cet allongement, est destiné à suppléer à la petitesse du calibre : comme nous le disions

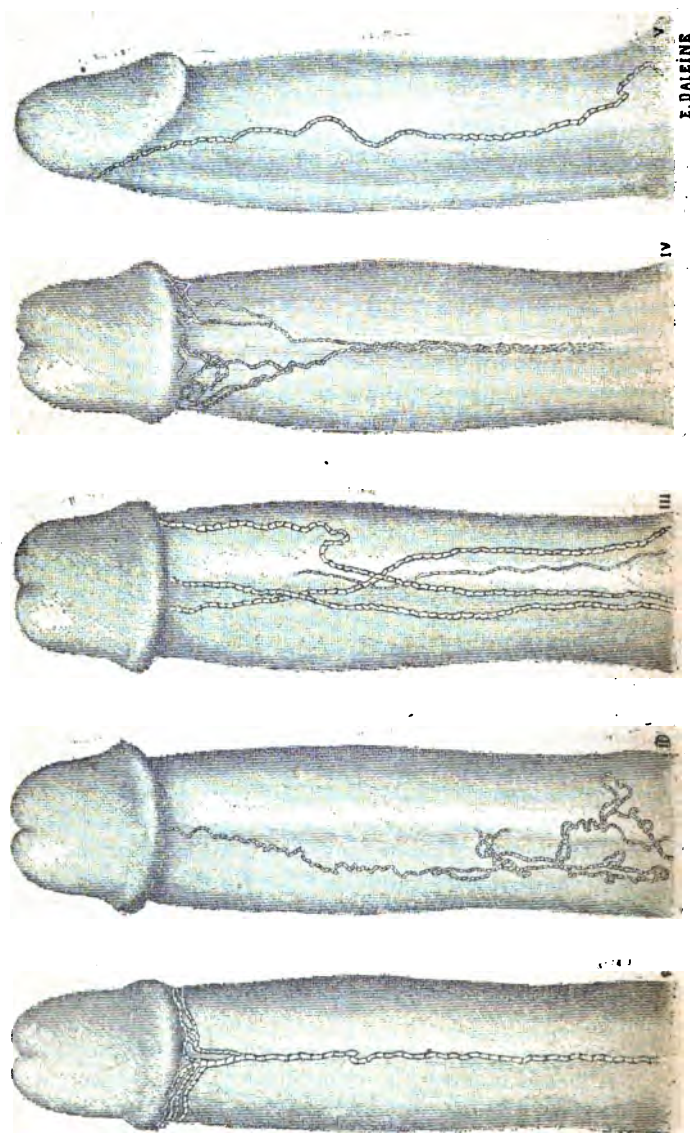


PLANCHE II

au début de ce travail, ce sont là des anomalies par inversion de *volume*, de *longueur*, qui rappellent celles que M. le professeur Sanpey a formulées dans le système artériel.

Terminons ce chapitre de détails, en signalant (planche II, fig. 5) la *situation latérale*, et non plus dorsale du tronc lymphatique tributaire du gland, et en faisant remarquer les anastomoses par communication longitudinale dont ces lymphatiques sont le siège, après avoir traversé le ligament suspenseur.

En résumé, *disposition pelotonnée à l'origine ; forme hélicoidale dans plusieurs points de leur parcours, et surtout au niveau du ligament suspenseur de la verge, tendance à l'entre-croisement (1), variétés de nombre, de calibre, de longueur, enfin de situation, tels sont les points spéciaux que nous ont offerts les lymphatiques de la verge.*

LYMPHATIQUES DE L'URÈTHRE

Les lymphatiques de l'urèthre s'injectent en préparant les lymphatiques du gland : aussi M. Sappey les étudie-t-il avec ceux des téguments.

Nous avons retrouvé la disposition signalée par M. Sappey, niée à tort par Jarjavay, à savoir l'existence de deux troncs, qui traversent la paroi de l'urèthre, au niveau du frein de la verge, pour se terminer dans les vaisseaux qui contournent le bas du gland.

Nous appelons l'attention sur la planche III : l'urèthre a été séparé des corps caverneux, attiré en bas, et sa paroi inférieure a été incisée : sur la paroi supérieure ainsi mise à nu, on aperçoit le réseau lymphatique de l'urèthre.

Entre le corps spongieux et le sillon médian inférieur du corps caverneux, on constate deux ou trois rameaux lymphatiques, qui vont se jeter dans un tronc, qui après avoir contourné le corps caverneux, se dirige à peu près parallèlement à ces corps caverneux et en dehors du corps spongieux de l'urèthre

1) Cet entre-croisement noté au point de vue pathologique par Ricord, a été constaté anatomiquement par Huguier (Jarjavay).

vers la rainure du gland, pour s'aboucher avec un des troncs lymphatiques formateurs du tronc dorsal.

Sur cette même planche III, on voit en arrière du frein

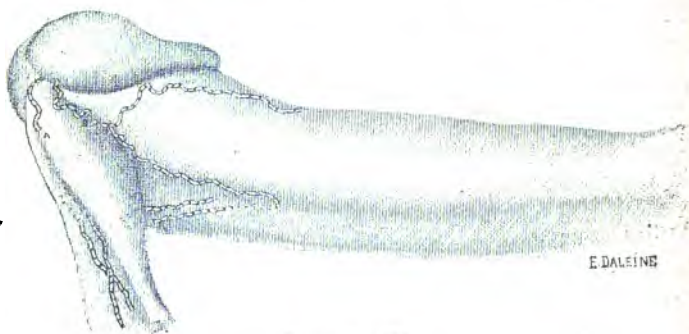


PLANCHE III

deux petits troncs lymphatiques *a*, *b*, qui émergent de la portion spongieuse de l'urèthre, et vont aboutir à un des lymphatiques du gland.

Ce sont là des dispositions exceptionnelles que nous avons tenu à signaler.

Note sur l'anatomie de l'S iliaque, par M. JONNESCO, prosecteur provisoire à la Faculté, interne des hôpitaux.

Les pièces que j'ai l'honneur de vous présenter sont destinées à montrer quelques points de l'anatomie d'un segment de l'intestin gros, l'S iliaque.

Me réservant de développer dans un mémoire ultérieur les différents points de cette présentation, je me bornerai ici à en indiquer seulement les principaux traits.

On décrit en général dans la fosse iliaque gauche une anse du gros intestin contournée en S italique et allant se continuer avec le rectum au niveau de l'articulation sacro-iliaque de ce côté. Or, il n'en est rien : le gros intestin après avoir formé le côlon descendant arrive au niveau de la crête iliaque, traverse la fosse iliaque gauche dans une direction à peu près rectiligne jusqu'au niveau du détroit supérieur, là l'intestin plonge dans le petit bassin, passe de gauche à droite

transversalement devant la concavité sacrée et du rectum ; arrivé au niveau du flanc droit de l'extrémité pelvienne, l'intestin se recourbe de nouveau pour se porter alors en bas et légèrement à gauche ; au niveau à peu près de l'articulation sacro-iliaque droite, l'intestin se continue avec une portion rectiligne, le rectum.

Voilà la disposition la plus fréquente, dans ce cas il existe donc :

1° Une portion d'intestin rectiligne située dans la fosse iliaque gauche.

2° Une portion, longue anse, située dans la cavité pelvienne.

Trèves a appelé ce segment du gros intestin *anse oméga* ; légitimé par la forme de l'anse intestinale, ce nom n'indique pas sa situation, aussi pourrait-on l'appeler : *anse pelvienne du côlon*.

Quelquefois, très rarement, l'anse se trouve non pas dans la cavité de la fosse iliaque, mais, redressée dans l'abdomen ; ce sont là des cas très rares qui n'enlèvent rien à la qualité d'anse pelvienne de la fosse iliaque.

Nous ne pouvons pas nous étendre sur les recherches que nous avons faites sur le cadavre au point de vue de l'anus iliaque par la méthode de Littre, nous dirons que dans cette opération on tombe toujours sur l'intestin gros, la portion rectiligne contenue dans la fosse iliaque (sauf quand l'anse est redressée dans le ventre), mais l'anus se fait à une très longue distance du rectum (quelquefois 30 à 50 cent.)

Le méso de l'anse pelvienne du côlon nous a montré des points particuliers sur lesquels nous ne pouvons pas insister ici. Nous dirons seulement que la portion initiale du rectum, vu sa mobilité très grande, devrait être rattachée à l'anse pelvienne, comme Trèves le fait.

Enfin nous avons trouvé une *fossette* intersigmoïde des auteurs allemands, située à la racine du méso ; la disposition, la forme, la grandeur de cette fossette présentent des différences notables suivant l'âge surtout du sujet.

M. POTHERAT. M. Sappey a indiqué cette disposition de l'S iliaque ; il ne l'appelle pas *anse oméga*, mais il suffit de suivre sa description pour constater qu'elle se rapporte nettement à cette disposition : « la direction de l'S iliaque, dit-il, bien que constamment flexueuse, présente cependant beaucoup de variétés. *Le plus souvent* on la voit se porter, etc... »

(SAPPEY, *Traité d'anatomie descriptive*, 2^e édition, t. IV, p. 258). Et plus loin (p. 259), « chez le fœtus, l'S iliaque est logé dans l'excavation pelvienne ».

Quant au méso de l'S iliaque, il me paraît difficile de dire que les auteurs classiques ne l'admettent que rarement, et que cette portion de l'intestin est fixée par la séreuse dans la fosse iliaque gauche ; c'est méconnaître ce qu'en dit M. Sappey. « L'extrémité supérieure de l'S iliaque, dit-il (p. 258, *loc. cit.*), est indiquée par l'origine du *mésocôlon iliaque*... La portion iliaque est la plus mobile des quatre parties du côlon ; elle emprunte cette mobilité au *mésocôlon iliaque*. Ce repli, plus large, etc... »

Il me paraît difficile d'être plus affirmatif en faveur de l'existence d'un-mésocôlon iliaque, et de ses longues dimensions ; l'auteur y revient plus loin encore (p. 778), en parlant de la disposition du péritoine sous-ombilical. « A gauche, la séreuse remonte sur le fascia iliaca, se continue en haut avec le feuillet externe du mésocôlon descendant et rencontre alors les vaisseaux destinés à l'iliaque, etc... Elle donne donc au gros intestin un *pédicule membraneux*, le *mésocôlon iliaque*, très analogue aux mésocôlons lombaires, mais *beaucoup plus long*, d'où la *mobilité beaucoup plus grande aussi de l'iliaque*. »

Il me semble donc qu'il y avait là plusieurs points sur lesquels le grand anatomiste français s'est prononcé, et qu'il était bon de le rappeler.

M. JONNESCO. L'existence possible d'un long méso pour l'iliaque est mentionnée non seulement dans le traité de M. Sappey, mais même dans les plus anciens traités d'anatomie ; donc, ma communication a pour but non pas de décrire une nouveauté, mais de montrer l'existence *constante* d'une disposition considérée comme une disposition possible mais non pas ordinaire.

M. HARTMANN a constaté, que l'incision de l'anus iliaque ouvrait presque toujours la portion initiale de l'anse oméga et, comme M. Jonnesco, il a dès lors vu qu'un bout assez long d'intestin séparait le plus souvent l'anus artificiel du rectum. C'est du reste un point sur lequel a insisté ici même M. Walther, qui en a même tiré cette conséquence chirurgicale que l'opération, préconisée autrefois par les Allemands

(suture du bout inférieur après l'anus artificiel), exposait à l'accumulation de sécrétions abondantes au-dessus d'un cancer ano-rectal (1).

Il s'élève contre la dénomination nouvelle d'*anse pelvienne* que M. Jonnesco vient de donner à l'anse oméga, cette anse étant, comme il l'a dit antérieurement (2), *abdominale* lorsqu'elle est de grandes dimensions.

Enfin, dernier point, l'anse pelvienne de M. Jonnesco, que celui-ci fait commencer au bord de l'excavation et qu'il croit identique à l'anse oméga de Trèves, est différente comme limites, celle-ci comprenant nécessairement la portion de gros intestin contenue dans la fosse iliaque, puisque c'est elle qui constitue une des branches de l'oméga.

ÉLECTIONS

MM. BOUYGUES et JOSEPH MÉNARD sont nommés membres correspondants.

Séance du 22 mars 1889.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL

Hémiplégie gauche. — Perte du sens musculaire dans les membres paralysés. — Foyer de ramollissement dans la couche optique, par M. KLIPPEL, interne des hôpitaux.

Le nommé Met..., âgé de 58 ans, chaudronnier, entre le 16 juin 1888, salle Larochefoucauld, n° 16, à Laënnec, dans le service de M. le D^r Ball.

Trois jours avant son entrée, le malade a eu une attaque apoplectiforme, le matin, en sortant de la maison, sans perte de connaissance complète.

Il présentait une hémiplégie complète, flasque, du bras et de la jambe gauches. La face participait à cette paralysie.

Après quelque temps il put faire quelques mouvements, mais peu étendus, avec le membre supérieur gauche ; mais le membre inférieur

(1) *Soc. anatom.*, 1888, p. 256.

(2) *Ibid.*, p. 257.

resta paralysé au point qu'il n'a jamais pu marcher. Néanmoins il lui est possible de le remuer sur le plan du lit.

Les membres paralysés sont amaigris par rapport à ceux du côté droit. La paralysie est flasque. Il y a exagération des réflexes tendineux et l'on observe la trépidation épileptoïde du pied, mais pas très accusée. Il a eu de légers troubles de la parole, au début seulement.

La sensibilité est diminuée du côté gauche. Le malade ne sent pas les objets qu'on lui place dans la main : il n'en perçoit ni la forme ni le contact. Une pression plus forte est néanmoins perçue. La sensibilité à la douleur est conservée.

La cornée et la conjonctive sont anesthésiées à gauche.

Les réflexes nasal et pharyngien sont très diminués à gauche.

La vue est également diminuée de ce côté. Les couleurs sont parfaitement reconnues.

Sens musculaire. — Le sens musculaire est aboli : 1° Le malade ayant les yeux fermés ne peut retrouver avec le membre droit (côté sain) le membre du côté gauche qui a été déplacé pendant que les yeux étaient fermés. On voit la main droite errer sans pouvoir trouver la main gauche.

2° Les yeux étant fermés, le malade ignore les mouvements qu'on communique aux articulations des doigts, du poignet, etc., du côté gauche.

3° De ce même côté le malade a perdu la notion du poids des objets que la paralysie lui permet de soutenir dans la main.

Enfin il faut signaler la perte de sens du lieu ; le malade ayant été piqué à l'avant-bras, par exemple, croit que la piqûre a été faite à la main.

Tous ces troubles de la sensibilité n'existent pas du côté paralysé.

L'intelligence et la mémoire sont affaiblies. Émotivité caractérisée par des pleurs et des sanglots à la moindre contrariété.

La voix est très faible.

Affaiblissement progressif. Mort le 20 mars 1889.

AUTOPSIE. — *Cerveau* : Pas d'œdème. Le tronc basilaire et les artères cérébrales postérieures sont couvertes de plaques blanchâtres d'athérome plus ou moins calcifiées. Ces mêmes vaisseaux sont dilatés. Ils contiennent des caillots noirâtres, récents. Les autres artères de la base sont toutes athéromateuses et les plaques blanchâtres se propagent jusque sur les artérioles.

Mais le système des artères postérieures est plus spécialement affecté.

Les *méninges* épaisses se laissent parfaitement détacher, montrant au-dessous d'elles des circonvolutions intactes.

Rien à la coupe de l'hémisphère gauche.

Hémisphère droit : Sur une coupe de Flechsig, montrant les trois noyaux gris, et la capsule interne, on constate la présence d'un foyer de ramollissement, affectant l'aspect, le siège et les rapports qui suivent :

Le foyer occupe la partie supérieure de la couche optique, et la partie la plus reculée de la capsule interne. Sa coloration est jaunâtre ; son volume, celui d'une noix ; sa forme est très irrégulière sur les bords. Il est profondément creusé et anfractueux, présentant une substance que l'eau versée désagrège. Le foyer est plus profond au niveau de la couche optique, mais il détruit, bien que moins profon-

dément, la capsule interne dans le tiers le plus reculé de sa moitié postérieure, sans aller au delà. En arrière, son territoire atteint, et même dépasse, la pointe qui forme sur la coupe la figure triangulaire du noyau lenticulaire.

Le reste de la capsule interne et les noyaux voisins sont intacts.

La *moelle* ne présente pas, à la vue, de dégénérescence secondaire. Sous l'eau, sa substance grise se désagrége plus facilement qu'à l'état normal dans la région cervicale.

Les *muscles* qui étaient paralysés sont amaigris par rapport à ceux du côté sain. Ils sont aussi altérés dans leur couleur qui est brunâtre avec quelques stries jaunes.

Poumon : emphysème, pas de congestion.

Cœur : Très volumineux avec hypertrophie du ventricule gauche et coloration jaune du myocarde qui est dur et sclérosé. Valvules aortiques saines.

Valvule mitrale suffisante, non déformée, mais avec quelques plaques jaunes.

Athérome aortique.

Foie grassex.

Rate grosse et dure.

Reins petits, granuleux, avec substance corticale étroite et atrophiée.

RÉFLEXIONS. — Parmi les troubles constatés du côté de l'hémiplégie, on remarque particulièrement l'abolition complète du sens musculaire, correspondant à une lésion de la partie postérieure de la capsule interne et de la couche optique droites. En janvier 1888, j'ai présenté ici une observation analogue, intitulée : Hémiplégie gauche. Perte du sens musculaire dans des membres paralysés. Foyer hémorragique de la couche optique.

Note sur la physiologie du pavillon de l'oreille, par
MM. CH. FÉRÉ et H. LAMY.

On ne sait rien que de très vague sur les usages du pavillon de l'oreille ; et l'on est porté à se demander quelle est l'utilité de sa configuration si complexe. Les faits que nous allons relever sont sans doute connus de plusieurs observateurs ; mais comme ils ne sont pas signalés dans les traités s plus répandus, nous avons cru qu'il ne serait pas inutile d'appeler sur eux l'attention.

Si l'on met un diapason en vibration, et qu'on l'approche de l'oreille d'un mouvement régulier, en longeant d'avant en arrière la face latérale du crâne à très petite distance, on

constate que le son augmente d'intensité jusqu'au moment où l'instrument passe devant le conduit auditif : en ce point il atteint son intensité maxima, puis il diminue quand on dépasse l'oreille en arrière.

Mais cette augmentation d'intensité n'est pas régulière : et il se produit en certains points fixes une série de renforcements dont quelques-uns sont tellement nets qu'ils semblent un nouveau choc imprimé à l'instrument vibrant.

Voici ce que l'on constate en analysant l'expérience avec détails.

Nous supposons l'instrument promené d'un mouvement uniforme et modérément lent à très petite distance du crâne : 1 à 2 cent. Le son est perçu à distance dès que l'instrument entre en vibration. — Quand on approche de la tête, il se produit un 1^{er} renforcement peu marqué à quelques centimètres en avant du front. — En passant sur la région temporale, 2^e renforcement, — à hauteur du pavillon de l'oreille, on entend 2 renforcements successifs, très forts, très nets, très rapprochés l'un de l'autre, selon la rapidité du mouvement. Au delà du dernier renforcement, le son va s'éteignant.

En résumé, il se produit 4 renforcements : mais les 2 derniers sont de beaucoup les plus nets. Ils sont seuls intéressants.

L'expérience répétée, en faisant passer *très lentement* le diapason au devant de l'oreille, permet de constater que ces 2 derniers renforcements sont séparés par 2 interruptions du son, 2 véritables silences, très appréciables. Le premier silence correspond au passage du diapason devant le tragus, le 2^e au passage devant l'anthélix, c'est-à-dire aux limites de la conque en avant et en arrière. C'est dans l'intervalle de ces 2 silences que le son a son intensité maxima.

Avec un peu de tâtonnement, on parvient, en arrêtant le diapason vis-à-vis de ces 2 points (surtout en face du tragus), à obtenir un silence complet. Si l'on oscille et que l'on dépasse le point d'arrêt en deçà ou au delà, le son est entendu à nouveau.

La même chose a lieu si l'on conduit l'instrument de haut en bas : les 2 silences se produisent alors au niveau du bord supérieur de l'hélix et au niveau de l'antitragus.

On peut indifféremment conduire le diapason d'avant en arrière ou d'arrière en avant ; de haut en bas ou de bas en haut.

A une distance grande (de 5 à 10 centim.) un seul renforcement est entendu, répondant au passage devant la conque.

Il s'agit là d'un phénomène purement physique : car l'expérience peut être faite à l'extrémité d'un tube de caoutchouc muni d'un pavillon comme le stéthoscope de C. Paul, l'autre bout étant maintenu dans le conduit auditif. Il se produit aussi 2 silences répondant au passage du diapason.

Ces silences qui interrompent les renforcements et la décroissance du son, semblent jouer un rôle dans l'orientation, au moins à courte distance.

Chlorose. — Troubles pulmonaires et intestinaux mal caractérisés. — Mort. — Examen du système circulatoire des organes génitaux du foie et de la bile,
par PAUL TISSIER, interne des hôpitaux.

B., Charlotte, 18 ans, entre le 2 mars 1889, salle Ste-Anne, n° 2, service de M. le professeur Proust. Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Toujours pâle, elle a été réglée à 13 ans. Les règles régulières étaient peu abondantes. A six ans elle eut une affection pulmonaire, dont il nous a été impossible de préciser la nature.

A 10 ans, fièvre typhoïde. Elle est malade depuis quelques semaines, incapable de tout effort, avec un sentiment de lassitude, d'abattement profond. Dyspnée légère, palpitations, perte d'appétit.

Ces jours derniers, l'œdème des jambes qui existait déjà depuis plusieurs mois s'accroît. Légers frissons, mouvements fébriles, point de côté à droite.

Etat à l'entrée. 3 mars. — Malade de taille moyenne, d'une pâleur mate, cirrusé, muqueuses décolorées.

Bruissement cataire intense à droite et à gauche; apophyses épineuses sensibles à la région dorsale, œdème prononcé des deux jambes.

Pouls régulier. Souffle systolique à la base à maximum pulmonaire.

Pas de dilatation de l'estomac. Appétit nul. Diarrhée; la malade est tellement affaiblie qu'elle fait sous elle.

Submatité à la base droite, quelques râles sous-crépitaux. Éruption prurigineuse sur les bras, sans caractères bien précis, d'aspect ecthymateux.

Urines non albumineuses, très légèrement urobiliques. Température, hier soir, 38°,4. Aujourd'hui, matin, 37°,6; soir, 38°,2.

4 mars. Malade toujours très affaiblie. Temp. 39°,2; 39°,8. L'œdème des jambes a envahi les cuisses.

5. Bouffées de râles fins à la base droite. Respiration rude principalement au sommet gauche. Ventre ballonné, douloureux surtout dans les fosses iliaques. Diarrhée. Temp. 39°,3; 39°,4.

Le 6. Etat stationnaire, râles fins et souffle à la base droite. Langue

sale, non sèche. Temp. 39°,2; 39°,4. Réticulum fibrineux n° 3. L'examen chimimétrique du sang, montre une anémie extrême. Richesse en hémoglobine par millimètre cube 407,000, malheureusement la numération n'a pu être pratiquée. Pas d'augmentation sensible des globules blancs sur les préparations sèches, pas de globules rouges à noyau. Nombreux hematoblastes.

Le 7. Affaiblissement progressif. Œdème des jambes pâteux, légèrement douloureux, météorisme abdominal. Temp. 38°,4; 39°,8

Le 8. Urine légèrement urobilique, non albumineuse. Temp. 39°,2; 38°,2.

Le 9. Dyspnée assez considérable, pouls petit, régulier. État adynamique. Temp. 39°,4; 40°,4.

Le 10. Temp. 40°,2; 39°,4. Mort.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du thorax, on trouve une splénisation du lobe inférieur du poumon droit; à la coupe quelques noyaux de broncho-pneumonie de coloration rouge ou grise par places. Plusieurs petites vacuoles purulentes immédiatement sous-pleurales au niveau de la face inférieure de ce poumon.

Tubercules caséeux enkystés au sommet gauche.

Ganglions du hile peu volumineux.

Thymus non complètement atrophié.

Reins. Substance corticale d'une pâleur remarquable. Sur le rein droit traces d'un infarctus ancien. Rein droit 110 gr. Rein gauche 100.

Foie. 980 gr., congestionné, présentant une coloration ardoisée au niveau de sa face inférieure. A la coupe, foie gras typique, non sclérosé. Le liquide contenu dans la vésicule biliaire est aqueux. Au spectroscope pas trace de pigments biliaires. Légère bande d'urobiline. Canal cystique libre.

Rate. 65 gr.

Estomac normal.

Intestin grêle. Plaques de Peyer et follicules clos saillant, colorés par la bile. A la partie terminale de l'intestin grêle, plaque de Peyer fortement congestionnée, très saillante, non ulcérée.

Gros intestin distendu par les gaz et vivement congestionné.

Rien à l'anus.

Organes génitaux. — Ovaires normaux, utérus de dimension ordinaire. Longueur 6 centim. Largeur à la partie supérieure 4 centim.

Hymen annulaire intact.

Cœur et vaisseaux. Poids du cœur avec les gros vaisseaux, 190. Cœur remarquablement petit. Dépôts de graisse sous-épicardique surtout marqués au niveau du sillon inter-auriculo-ventriculaire, du sillon antérieur, de la pointe, du bord droit et de la face postérieure.

Longueur de l'infundibulum de l'art. pulmonaire à la pointe, 10 cent. Épaisseur du ventricule gauche, 1 cent.; droit, 3 millim., à leur partie moyenne.

Rien aux valvules. Circonférence de la mitrale, 8,5.

L'aorte est d'une étroitesse frappante.

Au niveau de l'orifice, circonférence 5 centim.

A 3 centim. au-dessus, 4,5.

A l'union de la crasse et de l'aorte thoracique, 3 centim.

A 1 centim. au-dessus de sa terminaison, 2 centim.

Tronc brachio-céphalique à 5 millim. de son origine, 18 millim.

Artère carotide primitive gauche, 12 millim.; sous-clavière gauche, 13 millim., à 1/2 centim. de leur origine.

Artères iliaques primitives à 1 centim. de leur origine, 14 millim., parois artérielles minces, extensibles, élastiques, de coloration blanc-bleuâtre.

Légères plaques graisseuses, peu saillantes, irrégulières sur la tunique interne de l'aorte.

Origines des intercostales très irrégulières.

La phlébite recherchée avec le plus grand soin était absente dans les veines du poumon, des membres inférieurs et du mollet en particulier. Examen de la bile contenue dans la vésicule. Réaction neutre.

Pas trace de pigments biliaires au spectroscope. Traces d'urobilino. Légère quantité de mucus. Réaction de Gmelin et de Pottenkofer absentes. Le dépôt traité par le chloroforme ne donne rien. Traité par le chloroforme en présence de quelques gouttes d'acide chlorhydrique, le liquide se colore en jaune. Ce n'est donc pas, comme l'a prétendu Ritter, l'acidité du contenu de la vésicule qui a produit la précipitation des pigments. Dans le liquide jaune ainsi obtenu, traces de pigments biliaires au spectroscope. La réaction Gmelin est fort douteuse.

L'examen du foie, montre une dégénérescence graisseuse excessive. Les cellules graisseuses occupent la totalité du lobule, et il faut beaucoup d'attention pour découvrir une cellule normale. Pas d'autres lésions du foie.

La dégénérescence graisseuse a été reconnue à l'aide de la teinture d'orcanette et de l'acide osmique.

Les lésions du poumon (broncho-pneumonie de la base droite) et les lésions des plaques de Peyer ne présentent pas l'aspect de lésions tuberculeuses au microscope.

RÉFLEXIONS. — Nous attirerons l'attention sur l'étroitesse et les caractères du système artériel, de l'aortite chlorotica, telle qu'elle a été décrite par Virchow en 1872 (*Beitrag zur Geburt. und Gynæk.* Berlin) et retrouvée par un certain nombre d'auteurs et plus particulièrement par Gilis (Thèse de Montpellier). Les autres lésions des tuniques artérielles sont conformes aux descriptions de l'auteur allemand.

Les organes génitaux étaient normalement développés, ce qui mine l'opinion de E. Fraenkel (*Archiv. f. Gynæk.*, t. XII, fascic. III, 1875), qui croyait que l'hypoplasie génitale, était substratum de la chlorose. Cet hypoplasie n'est nullement constante et Virchow avait déjà noté le fait.

L'état graisseux du foie mérite aussi d'être pris en considération, étant donné son haut degré. Les caractères de la même lésion ne sont pas moins particuliers. Tout en étant absolu-

ment décolorée dans la vésicule, elle n'en avait pas moins teinté en jaune verdâtre les plaques de Peyer saillantes de l'intestin grêle.

Quant à la cause de la mort, elle n'a pu être déterminée exactement et nous n'y insisterons pas ici. Les lésions trouvées à l'autopsie n'étaient pas suffisantes pour l'expliquer, par un processus ordinaire.

Malgré la présence de quelques tubercules caséeux anciens au sommet d'un poumon, nous devons affirmer que les autres lésions en étaient indépendantes, ainsi que nous avons pu nous en assurer par un examen microscopique attentif. Il ne saurait être question d'anémie, de chlorose pré-tuberculeuse. C'est bien d'une chlorose vraie, organique, qu'il s'agit. La constatation de lésions tuberculeuses anciennes et absolument silencieuses, remontant vraisemblablement à la jeunesse (affection pulmonaire à 6 ans) viendrait plutôt à l'appui de l'opinion de M. Hanot, soutenue dans la thèse d'un de ses élèves, à savoir que la chlorose n'est pas sans lien avec la tuberculose et que c'est peut-être une manifestation très atténuée de cette dernière maladie souvent alors modifiée par l'hérédité.

Le tableau clinique *semblait permettre* le diagnostic de phlegmatia alba dolens. Edème pâteux, douleurs, fièvre. Tout y était et pourtant rien à l'autopsie. Ce fait jette un doute sur la réalité de certains cas de phlegmatia alba dolens publiés dans ces derniers temps, chez les chlorotiques sans examen autopsial, quoique nous n'ayions pas évidemment la prétention de nier la réalité de la phlegmatia dans la chlorose.

Nous ne pouvons rien préjuger de la nature du processus qui a causé la mort chez notre malade. L'absence de dégénérescence graisseuse du rein, doit cependant être notée, car elle permet d'exclure un certain nombre d'éventualités.

S'agit-il d'anémie pernicieuse progressive. Il faut s'entendre. Si l'on veut désigner par là toutes les anémies graves, se terminant par la mort, nul doute que notre cas doive être ainsi considéré. Mais, si l'on veut ne pas rendre comme à loisir plus difficile encore l'interprétation de la maladie de Biermer, déjà fort obscure en soi, il faut rejeter du cadre de l'anémie pernicieuse progressive, l'anémie des mineurs, l'anémie par botriocéphale, l'anémie par atrophie de l'estomac, l'a-

némie d'origine sympathique de certains auteurs anglais, etc. et en général toutes les anémies symptomatiques, quelles qu'elles soient. A cette condition, et à cette condition seule, on peut assigner à l'anémie pernicieuse progressive essentielle de Biermer, des caractères cliniques, hématologiques, et anatomo-pathologiques, suffisant pour l'individualiser. En nous plaçant dans cet ordre d'idées nous n'hésitons pas à rejeter du cadre de la maladie de Biermer, l'affection à laquelle a succombé notre malade.

M. LETULLE remarque que toutes les chlorotiques ne doivent pas avoir un rétrécissement du système artériel, car il y a des chlorotiques qui guérissent.

Quant à l'état fébrile de ces malades et particulièrement de la malade qui a fourni ces pièces, il faut chercher à les expliquer par une infection, et étudier le sang à ce point de vue.

Hypertrophie de la prostate. — Rétention d'urine. — Fausses routes multiples. — Possibilité de l'extirpation des lobes latéraux hypertrophiés, par M. DELAGÈNIÈRE, interne des hôpitaux.

Cette pièce est un bel exemple d'hypertrophie prostatique limitée aux deux lobes latéraux; au point de vue chirurgical cette tumeur était énucléable et aurait peut-être pu être extirpée.

Il s'agit d'un prostatique, le nommé L..., Martin, maître d'hôtel, âgé de 71 ans et entré le 7 mars 1889 à l'hôpital Bichat, salle Jarjay, n° 23, dans le service de M. Terrier.

Cet homme éprouvait depuis quelque temps de la difficulté pour uriner. La nuit surtout les mictions étaient fréquentes s'accompagnaient de vives douleurs provoquées par des efforts considérables.

6 mars. Sans cause appréciable, il est pris de rétention d'urine et ne peut, même au prix d'efforts violents, émettre une seule goutte d'urine.

Un médecin est appelé, cherche à pratiquer le cathétérisme avec une sonde métallique, enfonce sa sonde tout entière mais ne retire que du sang; une deuxième, puis plusieurs autres tentatives sont faites sans apporter d'autre résultat qu'un écoulement considérable sang par l'urèthre. C'est alors que le malade est adressé à l'hôpital.

Etat actuel. — A ce moment sa vessie est distendue par l'urine remonte jusqu'à l'ombilic. Il s'écoule du sang et des caillots par l'urèthre. Au toucher rectal on trouve la prostate volumineuse, elle raff grosse comme le poing.

Le cathétérisme est tenté avec des sondes de toute espèce et ne donne pas de résultat : on s'engage constamment dans une des fausses routes. Une sonde est laissée dans la fausse route et une deuxième à béquille glissée à côté sans aucun résultat.

On en est donc réduit à faire une ponction de la vessie pour évacuer l'urine. On prescrit au malade 1 gr. de sulfate de quinine et 4 gr. de borate de soude, et on le met au régime lacté. Le soir la température monte à 40° après un frisson violent mais une heure après elle redescend à 38°.

8 mars. M. Terrier réussit à passer une sonde n° 11 après en avoir placé une première dans la fausse route. On continue le même régime, la quinine et le borate de soude. La température est à 37°,2 et 37°,6 le soir. Malgré cela l'état général n'est pas bon, la langue est sèche.

Le 9. 38°,2 et 37°,2, encore 1 gr. de quinine. Le malade a arraché la sonde dans la nuit et ce n'est qu'après de longues tentatives qu'on parvient à introduire une sonde béquille n° 20.

Le 10. 37°,2 et 37°. 1 gr. de quinine. La sonde est laissée en place. Assez bon état mais toujours langue sèche et douleurs vives.

Les jours suivants rien de bien particulier à signaler. La quinine est supprimée le 11 mars, mais le borate de soude continué jusqu'à la fin. La température est très peu élevée et oscille constamment entre 37° et 37°,5. L'état général devient de moins en moins satisfaisant : la langue toujours sèche, le malade toujours prostré et souffrant beaucoup. A plusieurs reprises on a été obligé de remettre la sonde en place, ce qui a toujours été difficile.

Le 15. Dans la soirée, le malade arrache brusquement sa sonde et une hémorrhagie considérable se fait par l'urèthre, mais cesse facilement dès que la sonde est réintroduite. La température s'élève rapidement, le malade n'a plus de connaissance, à 7 heures du matin le thermomètre est à 38°,6, et le malade succombe quelques instants après.

L'AUTOPSIE faite le lendemain n'a permis de rien trouver en dehors de l'appareil urinaire.

L'urèthre, la prostate et la vessie, ont été incisés sur leur face antérieure, et sur la ligne médiane.

L'urèthre présente, dans la portion membraneuse, une déchirure de la paroi postérieure. Il existe là une petite poche allongée, se dirigeant obliquement vers la vessie, et pleine de sang coagulé. La portion prostatique de l'urèthre mesure 9 cent., le reste, 23 cent. Dans cette portion prostatique, la paroi postérieure présente plusieurs fausses routes.

La prostate a le volume du poing. Elle forme une grosse tumeur située en avant de la vessie, dans laquelle elle proémine. Cette hypertrophie prostatique porte sur les deux lobes latéraux qui sont également développés. Chacun mesure :

D'avant en arrière, 7 cent.

Dans le sens de l'urèthre, 9 cent.

L'épaisseur de chaque lobe, en allant de la cavité uréthrale vers la face latérale de la prostate, 4 cent. 1/2.

Les deux lobes latéraux sont réunis en arrière du col vésical par une barre transversale, sorte de valvule, haute de 2 centim. et épaisse

d'un demi-centimètre environ. C'est contre cette barre que venaient buter les instruments, et on trouve à sa base du côté de l'urèthre trois orifices de fausses routes. L'une de ces fausses routes pénètre, comme on peut le voir, dans le lobe latéral droit jusqu'à sa partie postérieure.

La vessie présente une capacité moyenne. Elle paraît un peu plus épaisse que normalement. Sa surface est congestionnée et ecchymotique par places. Au niveau du col, on trouve des dilatations variqueuses en grand nombre, de la grosseur d'une plume de corbeau, pleines de sang coagulé.

Les uretères ne sont pas dilatés. Le rein droit ne présente pas d'altération notable. Le rein gauche est d'un tiers plus volumineux que le droit, il présente une grosse bosselure kystique du volume d'une noix et remplie d'un liquide transparent. D'autres cavités kystiques sont disséminées çà et là. La substance corticale est diminuée d'épaisseur.

Je demanderai la permission de revenir un peu sur la description de la tumeur prostatique pour en tirer quelques conclusions au sujet de son extirpation possible par la taille hypogastrique.

Cette tumeur fait saillie dans l'intérieur de la vessie et peut y être facilement sentie.

Une incision pratiquée à travers la paroi vésicale sur cette tumeur permet d'arriver sur elle et de s'assurer avec le doigt qu'elle est énucléable absolument comme un corps fibreux utérin. J'ai, du côté gauche, isolé complètement par ce moyen la tumeur, et du côté droit j'ai seulement commencé cette énucléation pour la terminer devant vous. N'est-il pas légitime, dans ces conditions, de chercher à appliquer à ces sortes de corps fibreux prostatiques la méthode du morcellement employée pour les corps fibreux utérins. Resterait alors à étudier pour les suites opératoires, la question de la suture vésicale et du drainage de la plaie opératoire par le périnée.

Transformation graisseuse du pancréas, par M. A. PILLIET,
interne des hôpitaux.

Le pancréas, on le sait, présente dans ses inflammations chroniques le plus haut degré de transformation que l'on puisse constater dans un organe. Ainsi la sclérose est souvent telle que l'on ne retrouve plus aucun acinus de la glande dans le tissu fibreux; nous avons eu l'occasion d'examiner pour M. Lancereaux un cas de ce genre. La pièce que

nous présentons et qui provient du service de M. A. Gombault, à Ivry, est un exemple aussi probant de transformation graisseuse totale.

Il s'agit d'un homme de 69 ans, qui après une permission de sortir au cours de laquelle il s'était enivré, est rentré le soir à l'hôpital et a été frappé la nuit d'une attaque apoplectique. Le lendemain il était en coma assez prononcé, avec stertor, et hémiplegie gauche. Malgré le traitement, ventouses, éther, etc... il mourut dans la soirée.

A l'AUTOPSIE on constata un très large foyer hémorragique de l'hémisphère droit, décollant la couche optique et le noyau ventriculaire du corps strié du reste de l'hémisphère. Le point de départ était donc la capsule interne. Il y avait inondation ventriculaire du même côté.

Le cœur était volumineux, mais sans gros athérome ni lésions valvulaires. Les deux *poumons* étaient emphysémateux aux sommets et au bord tranchant, très congestionnés aux bases. A la base droite se trouvait déjà un noyau de broncho-pneumonie grise du volume d'une petite noix, ce qui montre avec quelle rapidité se fait l'infection pulmonaire chez les sujets atteints de lésions cérébrales qui amènent la paralysie vaso-motrice du poumon et l'exsudat intra-alvéolaire consécutif. Ces faits sont d'ailleurs bien connus et parallèles aux résultats expérimentaux obtenus par Schiff dans les lésions pédonculaires, par Traube dans la section du vague; nous notons seulement ce détail pour montrer que des lésions broncho-pneumoniques appréciables à l'œil nu peuvent s'établir en moins de trente-six heures.

Dans l'abdomen le foie était petit, de coloration foncée, non granuleuse. En soulevant l'arc du colon et en incisant le tablier épiploïque, on tombait sur une masse transversale, jaune, allongée, qui occupait la place du *pancréas*. La queue de l'organe adhérait fortement à la rate qui était de volume moyen, et couverte, surtout au niveau de ces adhérences, de plaques fibreuses calcifiées à leur centre. Le pancréas enlevé mesurait 26 cent. de long. Sa face antérieure lisse avait 6 cent. de hauteur. La face postérieure adhérait avec le tissu cellulo-graisseux rétro-péritonéal et faisait corps avec lui. Pourtant la masse en place, ou enlevée donnait bien la sensation d'un bloc homogène, avec épaississement notable au point qui représentait la tête de l'organe. La forme générale du pancréas était conservée et l'augmentation de volume avait été générale.

Sur les coupes transverses pratiquées en différents points, tête et corps, on ne voit que du tissu graisseux cloisonné par un fin réseau de travées conjonctives, au milieu desquelles on ne distingue pas de traces du canal de Wirsung.

L'estomac était moyennement dilaté, sa muqueuse ne présentait, pas plus que celle du duodénum, une hypertrophie indiquant une suppléance fonctionnelle, elle montrait simplement quelques étoiles vasculaires.

Les deux reins présentaient les caractères séniles, petits, légèrement granuleux, à larges gaufrures superficielles; il existait de plus une dilatation des bassinets qui s'expliquait par la présence dans la

vessie d'un calcul du volume d'une noix, siégeant dans le bas-fond, derrière une barre prostatique formée par une hypertrophie du moyen degré du lobe médian.

En résumé, cette pièce est un spécimen de la transformation graisseuse totale avec hypertrophie. Malheureusement elle ne peut nous servir à ajouter quelque chose à l'histoire clinique de ces lésions. On n'a pu avoir de l'urine du malade. Le corps était celui d'un homme de moyenne taille, de constitution assez robuste, sans amaigrissement. Nous ne pouvons donc savoir s'il présentait ou non du diabète pancréatique.

Séance du 27 mars 1889.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL

Cancer de l'estomac, par M. TISON, médecin en chef de l'hôpital St-Joseph.

Le nommé Jean R..., âgé de 63 ans, journalier, se présente à la consultation, le 22 février 1888. Il est affaibli, cachectique. Son faciès d'un teint jaunâtre, avec la peau ridée, rappelle celui d'un malade atteint de cancer de l'estomac. Parmi ses antécédents héréditaires, on parvient à voir que son père est mort à 66 ans d'une maladie? Sa mère est morte à 87 ans d'une fluxion de poitrine. Il a une sœur bien portante. Comme *antécédents personnels*, il se souvient qu'il a eu une première fluxion de poitrine à 14 ans et une seconde à 16 ans. Il a été 5 ans soldat à la Guadeloupe où il a eu quelques accès de fièvre intermittente. Mais depuis son retour en France, ces accès n'ont jamais reparu.

Il y a deux ans, il est allé à l'hôpital Cochin se faire ouvrir un abcès du cou qu'on aurait qualifié, dit-il, de gomme syphilitique. Cependant il nie tout antécédent syphilitique, et il n'en présente aucun stigmat. Il raconte que depuis six mois, il est sans travail, obligé de vivre de mendicité, et que bien souvent il manque du nécessaire. Il a maigri considérablement, au moins de dix kilos, dit-il. Il n'a pas d'appétit, il est constipé, il a perdu ses forces. Il ne ressent pas de douleurs au creux épigastrique, mais il a vomi plusieurs fois ses aliments en même temps que des matières couleur chocolat et mélangées de parcelles brunes et noirâtres. Le creux épigastrique présente une saillie arrondie en demi-bosse située au-dessous des fausses côtes et rapprochée de l'hypochondre gauche.

Une légère pression exercée sur cette saillie détermine un bruit qui donne la sensation d'un mélange liquide et gazeux, passant de l'estomac dans le duodénum. Un peu au-dessus et à droite de cette saillie se trouve une partie tendue, peu dépressible, presque mate à la percussion. Cette saillie est déterminée par la paroi non atteinte de l'estomac qui se laisse repousser par les liquides et surtout les gaz.

Le malade ne tousse pas, ne crache pas, l'auscultation ne révèle rien d'anormal, si ce n'est un affaiblissement considérable du murmure vésiculaire, car il respire très faiblement.

Les urines peu abondantes ne contiennent ni sucre, ni albumine. On diagnostique un cancer de l'estomac.

On prescrit du lait coupé avec de l'eau de Vals, source Perle, n° 3, mais il en prend peu et il continue à vomir des matières aqueuses dans lesquelles flottent des flocons bruns et noirâtres. Le tout a un aspect noirâtre. Jamais il n'a vomi de sang pur. Par moments, il se plaint de crampes d'estomac qui se calment par l'ingestion de lait glacé. La constipation persiste, on la fait céder quelquefois par des lavements simples ou additionnés de glycérine. Cet état persiste pendant environ trois semaines avec quelques alternatives de tranquillité, dues à l'absence de vomissements. Mais le malade s'affaïssait de plus en plus et dans la dernière semaine de sa vie, il reste couché sur le dos, le faciès immobile et ayant l'aspect d'un cadavre. Vers le 15 mars, les mains blémissent et s'œdématisent. Les pieds n'ont jamais présenté d'œdème. La mort arrive le 26 mars.

A L'AUTOPSIE, on trouve un cancer de la petite courbure de l'estomac et du pylore. La paroi de l'estomac est assez friable, car elle se déchire en un point au moment où on enlève l'organe. La muqueuse est épaissie, mamelonnée dans le tiers de son étendue en partant du pylore, elle est même érodée sur une surface arrondie de trois à quatre centimètres de diamètre. L'estomac n'avait contracté aucune adhérence avec les organes voisins.

Le foie est plutôt petit que gros, il ne pèse que 1250 gr. Il est complètement farci de noyaux cancéreux, gros comme une noix ou un marron, jaunâtres à la coupe et n'ayant rien de la gomme syphilitique.

La rate est petite, ratatinée. La capsule est très légèrement plissée à la surface. En coupant la rate, on sent une résistance plus grande que de coutume.

Le poumon droit est à peu près sain quoique la plèvre soit adhérente en plusieurs points. Le poumon gauche est complètement maintenu par des adhérences pleurales. Il est congestionné et son parenchyme contient cinq à six noyaux carcinomateux bien caractérisés.

Le cœur est petit, mou, flasque. Sa surface extérieure présente un peu d'œdème le long des vaisseaux longitudinaux qui séparent le cœur droit du cœur gauche. Les orifices et les valvules ne présentent aucune altération. L'aorte est légèrement athéromateuse au-dessus des valvules sigmoïdes.

Les reins sont petits. Ils se décortiquent bien. Le rein pèse 115 gr. Le rein gauche un peu plus gros congestionné et pèse 135.

En somme, ce qui est intéressant dans cette observation, c'est la propagation du cancer non seulement au foie mais aux poumons.

M. CORNIL remarque que la muqueuse présente autour et à distance du cancer un épaississement notable, qui donne lieu à un état mamelonné. Sur la face externe il n'y a pas d'infiltration des lymphatiques, mais la séreuse est légèrement épaissie; il y a donc là une infiltration inflammatoire à distance du cancer.

Végétations des valvules sigmoïdes aortiques. — Ulcère de l'estomac. Perforation. — Sangle épiploïque,
par M. A. LÉTIENNE, interne des hôpitaux.

M. G..., employé de commerce, âgé de 60 ans, entre le 12 mars 1889 à la maison Dubois, dans le service de M. Lecorché.

La mort de sa mère à 60 ans est le seul renseignement qu'il puisse donner sur les *antécédents héréditaires*. Il n'a ni frère ni sœur.

Antécédents personnels. — Il sait toutefois que sa naissance fut très laborieuse : on dut employer le forceps. L'instrument appliqué sur la face et sur l'œil gauche produisit tant de désordres que l'enfant ne put par la suite prendre le sein et qu'on dut recourir à l'allaitement artificiel. A soixante ans, il porte encore la marque des fers, à ce qu'il prétend. Sur la joue gauche et sur la partie correspondante du front, il existe en effet une sorte de sillon, qui se rapporte assez à la trace que laisse une cuiller de forceps venant de comprimer le haut de la face d'un enfant nouveau-né. De deux à sept ans, il eut je ne sais quels troubles intestinaux qui firent qu'on le nourrit exclusivement de soupe. Durant son enfance et son adolescence, il ne fit aucune maladie aiguë. A 20 ans, il eut une blennorrhagie qui dura six mois. A 21 ans, il fut atteint d'une paraplégie sans anesthésie que J. Cruveilhier traita par des frictions térébenthinées et des ventouses scarifiées sur la colonne vertébrale. Ces troubles moteurs persistèrent pendant trois mois, disparurent pour reparaitre, dans le courant de l'année suivante, par courtes rechutes. A 23 ans, une iritis double survint. Demars lui fit l'iridectomie à l'œil droit. Cet œil voit encore assez aujourd'hui pour assurer la marche du malade. La pupille gauche est punctiforme; la vision de ce côté est habituellement bonne. Ces accidents font penser à la syphilis : le malade nie absolument avoir eu la vérole.

A part une hernie facilement réductible et dont il ne souffrit jamais, il maintint en bon état de santé jusqu'en 1870. Pendant la guerre, il, une nuit, oublié en sentinelle. Il souffrit du froid et, à la suite, de douleurs rhumatismales et de l'œdème des membres inférieurs.

Au mois de juillet 1888, il fit un mois de séjour à la maison Dubois. Une hypertrophie cardiaque fut alors diagnostiquée; et le traitement

ioduré institué. A la fin d'août 1888, il eut pour la première fois un vomissement très abondant, et d'aspect noirâtre, marc de café. Puis à quatre reprises successives, des vomissements de même nature se reproduisirent. Au moment de ces vomissements, il éprouvait des douleurs horribles à l'épigastre et sur le trajet des nerfs intercostaux : des douleurs en corset.

Depuis, il a souvent vomi, mais des glaires ou des spumes non sanglantes.

Ces vomissements sans caractère ne s'accompagnaient pas de douleurs. Il en vint à ne plus manger, et depuis six mois, il dit n'avoir pris, d'autre aliment que du lait.

Etat actuel. — Pendant l'interrogatoire, le malade boit un verre de lait, et quelques instant après, il rend une pleine cuvette de lait mélangé à un liquide aqueux, d'odeur aigrette, légèrement teinté en jaune rose, non hématique. Le rejet se fait sans douleurs, très facilement, par grandes regurgitations. C'est, dit-il, le type de ses vomissements habituels.

Le malade est très faible et tremblant au point de ne pouvoir rien faire sans être aidé. Il est d'une émaciation et d'une pâleur extrêmes.

La pointe du cœur bat dans le 6^e espace, sous la verticale abaissée du mamelon. Les contractions cardiaques sont énergiques et régulières. A la base du cœur, au lieu d'auscultation de l'orifice aortique, on entend un double souffle. Un bruit de frottement paraît lui être superposé. En dedans de l'omoplate, le premier bruit du cœur s'accompagne d'un souffle râpeux. Les pulsations aortiques sont très accentuées dans le triangle épigastrique gauche. Le pouls radial est faible, le pouls fémoral est dédoublé.

La sonorité stomacale est assez étendue sous les côtes à gauche. La succussion ne détermine pas de clapotement.

Le foie est normal : le lobe gauche semble cependant un peu gros. Les poumons sont sains. La température est de 37°,4.

Pendant les jours qui suivirent son entrée, on essaya d'alimenter le malade par tous les moyens possibles, poudre de viande, jus de viande, œufs, etc., tous refusés au bout d'un ou deux essais. Le régime lacté absolu était le seul qu'il acceptât volontiers.

Dans la journée du 16 mars, il se plaignit d'une forte douleur à l'épigastre. Le 17, au soir, il eut une crise douloureuse très intense. La température fut de 37°,8. Le 18 et le 19, les douleurs persistèrent très vives, donnant lieu à une grande agitation. Il se plaignait alors presque uniquement de son ventre. Comme on n'y trouvait rien qu'un ballonnement modéré d'ailleurs, on le calmait avec des injections de morphine.

Le 20 mars, il mourut. Dans les deux derniers jours, la température oscilla entre 37° et 37°,6.

AUTOSIE (36 heures après la mort). — Le cadavre ne présente rien de particulier qu'une hernie inguino-scrotale droite.

A l'ouverture de l'*abdomen*, il s'écoule en abondance un liquide trouble, blanchâtre, parsemé de flocons blancs, d'une odeur aigrellette et pénétrante. Les mouvements imprimés au corps font refluer le même liquide par la bouche et le nez.

Les parois abdominales rejetées latéralement laissent voir les viscères baignés de cette eau blanchâtre, qui occupe toutes les anfractuosités.

tuosités de la cavité péritonéale. La masse intestinale est divisée en deux parties par le grand épiploon, ramassé en une bande et formant une sangle presque verticale qui se dirige vers le sac herniaire. Celui-ci est alors ouvert. Il est déshabité, mais est occupé par le liquide qui remplit l'abdomen. A son collet est une petite boule épiploïque. Le dégagement total du grand épiploon au-dessus du sac est impossible. Il est en effet lié à la périphérie du collet par des adhérences anciennes très solides.

Les anses intestinales légèrement distendues sont d'un rose pâle jaunâtre. Elles ne sont pas unies entre elles par des fausses membranes, mais dans leurs sinuosités se sont déposés des petits flocons blancs fibrineux et des petits amas appartenant sans doute au liquide stomacal. Le péritoine pariétal est pâle, non vascularisé, un peu terne d'aspect.

Le colon transverse est distendu sous le foie. Celui-ci est d'une coloration pâle. Il est recouvert d'une écume fibrineuse abondante : il est pour ainsi dire macéré dans le liquide intra-péritonéal. La section de la veine cave n'amène pas la sortie habituelle de sang noir. Ce vaisseau est vide.

L'estomac est dilaté, flasque, pâle. Près de la petite courbure, à la partie supérieure de la face antérieure se trouve un trou à bords légèrement déchiquetés. Le liquide contenu dans l'estomac passe par cet orifice dans la cavité péritonéale : ce liquide est absolument pareil à celui qui fit issue lors de l'ouverture du ventre. Il n'y a pas de traces de péritonite adhésive aux abords de la perte de substance. L'estomac ouvert le long de sa grande courbure, puis étalé, laisse voir l'ulcère qui en causa la perforation.

A un travers de pouce du cardia, à trois travers de doigt du pylore siège une vaste ulcération de forme régulière, elliptique. Son grand axe, perpendiculaire à l'axe stomacal, a une longueur de quatre travers de doigt ; son petit axe mesure deux travers de doigt. Cette ellipse présente à l'un de ses foyers une perforation des dimensions d'une pièce de 20 centimes. Elle est à cheval sur les deux faces du viscère et intéresse la face postérieure plus que l'antérieure. La perforation siège sur la face antérieure.

La périphérie de l'ulcération est bordée par une banquette continue, en contre-bas sur la muqueuse stomacale et limitant elle-même le fond tomenteux. Ce fond est épais, élastique. Il ne présente aucun point d'induration. Les ganglions voisins sont normaux, pigmentés. Les parois stomacales ne présentent pas d'autre ulcération ancienne ou récente. L'intestin est pâle : il semble normal.

La rate est diffidente. Le pancréas paraît sain.

Le foie est exsangue, grasseux. Il est petit et pèse 1070 grammes. La vésicule contient de la bile de couleur chocolat.

Les poumons sont parfaitement sains.

Le péricarde pariétal est épaissi. Vers la pointe du ventricule gauche et sur la face postérieure du cœur se trouvent des plaques iteuses de péricardite.

Le cœur est volumineux. Il pèse 480 grammes. Son tissu est asque, décoloré, tirant un peu sur la teinte feuille-morte. Les rapports d'épaisseur des parois ventriculaires sont sensiblement conservés. Les cavités sont remplies de sang mal coagulé.

L'aorte n'est pas très athéromateuse : ni à son origine, ni dans tout son trajet thoraco-abdominal. Son calibre est manifestement petit. Les valvules aortiques sont le siège de lésions très avancées. Elles sont rétractées, dures : elles ont perdu leur élasticité. Leur bord libre est boursoffé sur la majeure partie de sa longueur. Et sur ces épaissements se trouvent en rangées des petites végétations de consistance très ferme.

La valvule mitrale est dure et résistante. Elle porte sur le bord libre de ses valves quelques petites végétations. L'endocarde a un aspect grenu et chagriné sur le trajet du canal mitro-aortique. Il est également dépoli en certains points de la valvule tricuspide. L'artère pulmonaire et ses valvules sont exemptes d'altérations.

Les capsules surrénales offrent leur aspect ordinaire.

Le rein gauche est blanc, considérablement atrophie. Il pèse 100 gr. Toute sa partie inférieure est occupée par un kyste du volume d'une noix, rempli d'un liquide jaune rougeâtre. Les pyramides de Malpighi sont d'une blancheur cartilagineuse. La décortication se fait aisément mais elle laisse sur la tunique de nombreuses parcelles du parenchyme rénal, et elle ouvre quelques petits kystes disséminés à la surface.

Le rein droit est aussi très petit, kystique, et blanc. Il pèse 70 gr.

Dans cette observation, trois points me semblent devoir mériter considération :

1° La coexistence de l'ulcère et des végétations cardiaques : la cause et l'effet de l'embolie ulcéralive, selon la théorie obturatrice de Virchow.

Le début des symptômes de l'ulcère eut lieu un mois après la constatation des troubles cardiaques.

2° L'absence de tout appareil fébrile depuis le moment de la perforation, moment que le symptôme clinique, douleur abdominale, peut seul permettre de déterminer et qui pourrait remonter, suivant cette appréciation, à trois jours avant la mort.

La coïncidence de l'absence de fièvre et de la faible réaction du péritoine : la séreuse en effet dans ce cas ne présente pas trace d'inflammation vive. Les flocons blanchâtres disséminés à la surface des viscères appartiennent aussi bien au liquide stomacal qu'au dépôt de la fibrine.

3° L'existence d'une sangle épiploïque, fixant dans une certaine mesure l'estomac, bridant l'organe lors de sa distension et ayant un rôle possible dans la production de la perforation.

M. LETULLE, considère qu'il est difficile d'accepter l'exis-

tence d'une embolie dans l'estomac, alors que les autres viscères n'en présentent aucune trace; les endocardites avec végétations sont fréquentes; et cependant elles ne causent jamais d'ulcère de l'estomac.

M. CORNIL, ne voit dans ce fait qu'une coïncidence.

Cancer du pancréas, par le Dr D. AIGRE, médecin-adjoint des hôpitaux de Boulogne-sur-Mer.

La nommée G. L... âgée de 76 ans entra le 14 février 1889 dans le service de M. Gros, médecin en chef de l'hôpital St-Louis; elle était dans un état de prostration marquée et il nous fut difficile d'obtenir des renseignements sur son état antérieur. On nous dit qu'elle avait la jaunisse depuis quatre mois avec accompagnement de crises douloureuses dans le ventre et le flanc droit.

En effet, elle présentait une teinte ictérique très foncée et était d'une maigreur extrême; elle accusait des douleurs permanentes dans le ventre et dans la région du foie et une sensation perpétuelle de froid. La langue n'était que légèrement saburrale, l'appétit était resté bon; elle mangeait volontiers de tout, digérait bien, ne vomissait jamais. Ses selles régulières, une par jour, étaient complètement décolorées, grises, argileuses et n'ont jamais varié à ce point de vue. L'urine, en quantité normale était rouge et épaisse; le sommeil nul.

Tous les sept ou huit jours, quelquefois plus souvent elle était prise de violentes douleurs partant du flanc droit ou de l'épigastre et s'irradiant plus ou moins dans le ventre, ressemblant beaucoup par leur siège et leur intensité à des coliques hépatiques et qu'on ne calmait qu'avec une piqûre de morphine.

A l'exploration du ventre on constatait facilement, grâce à son extrême maigreur, que le foie n'était nullement augmenté de volume; il ne dépassait pas les fausses côtes. Dans la région de la vésicule biliaire existait une tumeur ovoïde à grand axe longitudinal, à surface uniforme mesurant environ 10 centim. dans son grand diamètre, légèrement fluctuante et qui semblait bien devoir être la vésicule elle-même distendue par une accumulation de la bile. L'estomac, peu sensible à la palpation, offrait ses dimensions normales; la cavité abdominale ne donnait aucun signe de lésion ou de néoplasme.

Nous basant sur l'énorme distension de la vésicule biliaire, sur le volume et la consistance de foie, et sur le fonctionnement normal de l'estomac et de l'intestin, nous fûmes amenés à faire le diagnostic de cancer de la tête du pancréas ayant comprimé le canal cholédoque, d'où ictère, décoloration des fèces et amaigrissement. Notre diagnostic vait se confirmer à l'autopsie.

Cet ensemble symptomatique demeura le même à l'exception de l'ictère qui devient de plus en plus foncé; puis survint de l'œdème des membres inférieurs, un peu d'ascite, des douleurs très vives dans la hanche gauche et finalement, au moment de mourir, une extravasation sanguine dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse gauche,

puis dans la peau du ventre. Le pouls qui avait toujours été faible et peu fréquent (58 à 65) faiblit de plus en plus et la malade s'éteignit le 12 mars, un mois après son entrée.

A l'AUTOPSIE faite 24 heures après la mort, on trouva :

L'estomac parfaitement normal, contenant encore les produits de la dernière digestion ; les intestins renfermaient une certaine quantité de chyle grisâtre. Le *duodénum* était embrassé en arrière par une masse dure, grosse comme le poing, qui n'était autre chose que la tête du pancréas hypertrophiée et dégénérée. Le foie et la vésicule biliaire coiffaient cette tumeur. Le foie, normal comme aspect et comme volume, présentait deux points d'infiltration cancéreuse secondaire, l'un situé sur la face convexe du gros lobe à cinq cent. en arrière de son bord antérieur, l'autre sur la face convexe du lobe gauche, à sa partie médiane. Ces deux points présentaient chacun les dimensions d'une pièce de 0,20 cent. comme largeur et une épaisseur de deux millim.

La *vésicule biliaire* fortement distendue présentait une longueur de 0,11 centimètres sur 0,05. A l'incision il s'en écoula une bile épaisse d'un vert presque noir ; il n'y avait pas le moindre calcul. Un coup de couteau maladroit coupa le canal cholédoque juste à son point de jonction à la surface de la tumeur et nous ne pûmes constater quelle était la disposition exacte en ce point.

Une incision verticale de la tête du pancréas nous montra le *duodénum* enveloppé dans les 2/3 de sa circonférence par le néoplasme, mais néanmoins son calibre n'était pas diminué et il était perméable ainsi qu'on peut s'en assurer en faisant passer successivement un liquide de l'estomac dans l'intestin et réciproquement.

En incisant le pancréas dans toute sa longueur nous constatons comme le montre la pièce anatomique une distension considérable du canal excréteur de cette glande. Le tissu glandulaire lui-même ne semble à l'œil nu dégénéré qu'au niveau de la tête de l'organe.

M. CORNIL montre dans le canal de Wirsung l'existence d'une masse crayeuse blanchâtre ; fait constant quand ce canal est obstrué et dilaté, elle est constituée par des phosphatés et carbonate de chaux.

L'obstruction du cholédoque par la tumeur n'est pas prouvée dans le cas particulier, car on peut facilement le cathétériser ; mais il se peut que le canal de Wirsung dilaté ait produit sur lui une compression suffisante, il faut en effet très peu de chose pour arrêter le cours de la bile, et quelquefois la sonde cannelée passe là où ne passait pas le liquide.

Sur le choix du procédé opératoire dans la création d'un anus iliaque artificiel. — Comparaison de la méthode française et de la méthode autrichienne, par M. P. THIÉRY, aide d'anatomie de la Faculté.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société anatomique des pièces provenant de l'autopsie d'une malade qui a succombé dans le service de M. le professeur Verneuil, à la Pitié, le 22 mars dernier.

Avant d'entrer dans le détail de l'observation et des remarques que nous a suggérées l'examen anatomo-pathologique nous ferons remarquer que ces pièces bien qu'appartenant au tube digestif ne sont nullement fétides et ont conservé une coloration qui les rapproche sensiblement de l'état qu'elle présentaient au jour de l'autopsie, bien que celle-ci remonte à huit jours, grâce à leur conservation dans l'eau chloroformée additionnée d'une faible quantité de glycérine ; c'est là un petit procédé qui n'est point absolument le nôtre et que nous employons volontiers chaque fois qu'il s'agit de la conservation de pièces anatomiques pour une faible durée de temps et qui ne présente point les inconvénients de la décoloration produite par l'alcool ou le liquide de Müller, tout en assurant un état de conservation suffisant pour la présentation à une époque plus ou moins éloignée.

« L'anus iliaque, dit en substance M. Verneuil (clinique du 18 mars), est une opération palliative applicable à la plupart des cas de cancer du rectum et avec lequel le praticien doit se familiariser parce qu'elle est facile à pratiquer et amène une sédation considérable des principaux symptômes d'obstruction qui forment le fonds de la symptomatologie de cette grave affection. »

Depuis longtemps on a divisé les anus artificiels en anus lombaire ou par la méthode de Callisen, en anus iliaque, ou de Littre et anus d'Amussat qui, au point de vue opératoire, peut être considéré comme intermédiaire aux deux précédents. Verneuil a à différentes reprises attiré l'attention des chirurgiens sur cette intervention chirurgicale et il a définitivement accordé la préférence à l'anus iliaque qu'il pratique aujourd'hui à l'exclusion des autres si bien que nous avons

déjà pu voir dans le courant de cette année trois cas successifs où il a appliqué cette opération.

Mais dans la variété iliaque d'anus artificiel plusieurs procédés interviennent : 1° l'anus dit de Littre, indiqué seulement par Littre et appliqué pour la première fois par Dubois à l'ouverture du côlon iliaque, procédé modifié et amélioré depuis par M. Verneuil : c'est là le procédé français ; 2° la méthode autrichienne ; 3° le procédé dit de Madelung. De ce dernier nous ne dirons rien : il consiste à attirer l'S iliaque, à le sectionner, à fixer le bout supérieur à la plaie, et à lier le bout inférieur qu'on abandonne ensuite ; il a deux inconvénients ; la vidange du bout inférieur déjà très difficile avec le procédé ordinaire où l'on peut profiter des deux orifices pour effectuer le lavage peut devenir impossible, enfin on peut fort bien prendre le change et lier le bout supérieur et non l'inférieur et provoquer une obstruction fatale ainsi que cela serait arrivé à Madelung lui-même. Procédé lamentable, dit notre maître, ce qui nous dispense d'insister.

Entre les deux procédés qui nous restent, procédé autrichien c'est-à-dire fixation au dehors de l'anse intestinale avec ouverture tardive de cette anse (au 4^e ou 6^e jour) et procédé français fixation à la plaie par des points de suture nombreux (10 à 12) et ouverture immédiate, il semble être difficile de faire un choix car chacun d'eux offre des avantages et des inconvénients. Dans une récente séance opératoire, M. Verneuil, avec la libéralité d'idées qu'il apporte dans son service, a bien voulu nous rendre témoins et quelque peu juges de l'un et de l'autre ; deux malades étant entrées dans le service dans des conditions à peu près analogues, il pria M. Reclus d'opérer l'une par la méthode autrichienne tandis qu'il opérât lui-même la seconde par le procédé de Littre modifié. Or ainsi qu'il ressort de l'enseignement même de M. Verneuil il n'est pas douteux que le procédé autrichien soit : 1° plus rapide ; 2° qu'il rende absolument impossible l'épanchement de matières septiques dans le péritoine puisque l'intestin n'est pas ouvert.

Avec le sien, au contraire, l'opération est plus longue puisque l'on réunit en un seul temps la fixation de l'intestin et son ouverture laquelle est différée dans la méthode autrichienne. L'un et l'autre procédé est utile : on peut craindre en effet que si le ballonnement est considérable il y ait, avec l'anus

artificiel pratiqué suivant la méthode autrichienne, une propulsion au dehors des anses intestinales, et les vomissements chloroformiques pourraient peut-être agir dans le même sens.

D'autre part il semble qu'il y ait là une sorte de paradoxe physiologique auquel on n'a encore pu répondre. Il est incontestable, disent certains cliniciens, que la seule issue au dehors d'une anse intestinale, même sans ouverture de cette anse, amène une disparition presque totale des accidents de l'obstruction, disparition telle qu'il est alors loisible d'attendre la formation d'adhérences séro-séreuses avant de provoquer l'ouverture de la cavité intestinale.

Au premier abord, en effet, on est tout étonné de constater cette amélioration sensible. *alors que rien n'est chargé dans les conditions d'obstruction de l'intestin* ; et il est cependant un fait d'observation, c'est que l'anus iliaque établi suivant la méthode de Littre avec ouverture immédiate ne donne point issue à des gaz ou à des matières dans les heures qui suivent l'opération : le ballonnement peut même augmenter.

Sans contredire ces affirmations qui se sont maintes fois vérifiées, nous voulons publier d'une part deux faits qui montrent combien peu il faut se fier à la disparition des accidents d'obstruction après l'issue d'une anse d'intestin non ouverte et le résultat d'une autopsie qui nous permettra de poser deux contre-indications formelles à l'établissement d'un anus artificiel par la méthode dite autrichienne.

OBS. I. — Cette observation provient du service de notre excellent maître M. Polaillon, alors que nous avions l'honneur d'être son interne, 1887.

Le 24 novembre 1887, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, n° 6, le nommé D. Anthelme, charron, âgé de 60 ans.

Antécédents. — Il est malade depuis 8 jours et nous est envoyé sous la rubrique hernie étranglée. Les renseignements sont difficiles à obtenir ; il est bien en effet porteur de deux hernies inguinales, mais les anneaux sont très larges et il n'y a aucun signe local d'étranglement.

Depuis 2 ou 3 mois, paraît-il, des douleurs abdominales l'ont obligé à cesser son travail ; il n'aurait pas, dit-il, été à la selle depuis huit jours, n'aurait pas rendu de gaz depuis le même temps et ne prend au près aucune nourriture. Il urine bien, quoique peu.

Le malade est très émacié : il souffre dans la partie iliaque gauche côté du pli inguinal : le ventre est un peu ballonné : à la palpation un peu d'empatement de la fosse iliaque gauche.

Les autres viscères, foie, reins, etc., paraissent sains. A noter des écédents alcooliques.

Le malade a vomi avant son entrée à l'hôpital, et arrivé dans la salle il a évacué par la bouche quelques matières sputeuses.

Il se rappelle aussi avoir rendu un peu de sang par l'anus il y a un an environ.

État actuel. — Nous faisons le toucher rectal qui ne donne rien : à l'inspection, l'anus présente quelques marisques et une hémorrhoïde encore turgescente.

M. Polaillon pense alors à une invagination, prescrit une demi-seringue de morphine, l'application locale d'un sac de glace et des courants continus avec sonde rectale qui sont appliqués le 25 novembre.

Le malade n'en retire aucun bénéfice.

L'état reste grave ; le ventre est ballonné, tendu, il y a du hoquet suivi d'expuitions ; on perçoit des gargouillements, épreintes douloureuses ; le soir il y a du subdélirium. La nuit est mauvaise, température du 25 novembre : matin, 37°⁴ ; soir, 37°⁶.

26 novembre. Anesthésie chloroformique : on constate de nouveau qu'il n'y a pas d'étranglement herniaire ; le ballonnement du ventre semble siéger au niveau de l'intestin grêle ; les tentatives d'évacuation pratiquées du rectum étant restées infructueuses, M. Polaillon se décide à pratiquer un anus iliaque. Incision de la paroi abdominale sur une étendue de 7 à 8 centim. au-dessus de l'arcade crurale gauche ; une anse de gros intestin fait hernie au dehors et comme elle n'est pas distendue, M. Polaillon après antisepsie minutieuse la réduit ; il explore l'abdomen sans pouvoir reconnaître la cause d'occlusion ; il attire alors une anse d'intestin grêle fortement distendue par du gaz ; cette anse n'est pas fixée à la paroi par des points de suture, mais elle reste fixée par les lèvres de l'incision que M. Polaillon rapproche au-dessous et au-dessus d'elle par 6 points de fil d'argent.

L'opération a été faite sous le spray phéniqué. Pansement iodoformé. Le soir le malade dit avoir éprouvé un léger soulagement, mais le météorisme persiste. Température, matin, 37°⁴ ; soir, 38°⁶.

Le malade ne rend par l'anus, ni gaz, ni matières. Sueurs faciales. Le soir subdélirium, douleurs vives dans l'abdomen, on cherche à les calmer par les applications de glace ou les cataplasmes.

Le 27. L'état est le même. Vomissements bilieux ; le malade prend un peu de lait qu'il rejette.

Le soir, nous trouvons le malade en algidité avec signes d'obstruction au maximum : sueurs faciales, moins froides, vomissements bilieux presque sans effort ; obtusion des sens, aspect cholériforme.

Je crois alors devoir intervenir et après avoir enlevé le pansement je fixe l'intestin à l'incision abdominale par trois points de crin de Florence sur chaque lèvre de cette incision : j'enlève alors au bistouri le bord libre de l'intestin que je sectionne sous forme de calotte. Il sort du gaz : je passe le doigt dans le bout supérieur et dans le bout inférieur. Le bout supérieur contient peu de matières, j'y introduis un gros tube à drainage qui donne issue à du gaz en assez notable quantité et le malade se déclare soulagé. Mais l'intervention a été tardive, l'amélioration notable constatée ne se maintient pas : bientôt les phénomènes d'algidité qui avaient diminué reparaissent et augmentent et le malade meurt à 9 h. 1/2 du soir.

AUTOPSIE, le 29 novembre. Il n'y a pas trace de péritonite. L'anus artificiel siège sur l'intestin grêle à 1 mètre environ au-dessus de la valvule iléo-cæcale; l'intestin grêle fortement dilaté par les gaz ne contient pas de matières fécales, mais le gros intestin est rempli de matières verdâtres. Du côté du rectum à 20 centim. au-dessous de l'anus, rétrécissement fibreux étroit obturant presque totalement la lumière du canal intestinal; autour du rétrécissement virole cancéreuse de 4 centim. de hauteur sur 2 centim. d'épaisseur, parois rectales comprises.

Le malade semble être mort de coprémie.

A noter teinte ictérique de la peau.

Aucune adhérence de la tumeur aux organes voisins, les organes du petit bassin, les viscères thoraciques, etc., sont sains.

Dans ce cas comme le suivant il est bien certain que le fait seul d'avoir attiré et retenu au dehors une anse intestinale (intestin grêle, obs. I; gros intestin, obs. II) n'a eu aucune influence sur la sédation des signes d'obstruction et ces deux faits sont en contradiction formelle avec le phénomène si curieux rapporté par les auteurs, de la disparition presque instantanée des accidents bien avant l'ouverture de la cavité intestinale

OBS. II. — Provenant du service de M. le professeur Verneuil.

B. P., modiste, 56 ans, est entrée salle Lisfranc, n° 16, le 11 mars 1889, présentant à ce moment des troubles notables de la défécation par suite de l'existence d'un épithélioma ano-rectal.

Antécédents. — Le début remonte à un an environ : il y a eu à ce moment constipation opiniâtre avec ténésme anal. Petit à petit, apparition à la marge de l'anus de petites tumeurs indurées qui se fendillaient et s'ulcèrent bientôt, donnant lieu à un écoulement sanguinolent, et augmentent notablement de volume. La constipation est combattue par des boissons purgatives et des lavements. Les bourgeons épithéliaux ont été longtemps pris pour des hémorroides. L'écoulement anal devient sanieux; la région anale très douloureuse ne permet plus à la malade de s'asseoir.

Il y a 6 semaines, apparition d'un œdème de la jambe droite et il y a une quinzaine de jours, ouverture du néoplasme rectal dans le vagin; à la suite de l'expulsion de matières pur-sanguinolentes, amélioration du symptôme douleur qui reparait bientôt et amène la malade à l'hôpital.

Au jour de l'entrée, elle présente au pourtour de l'anus une couronne de petites tumeurs ulcérées, de consistance squirrheuse, douloureuses au toucher; le toucher anal révèle un rétrécissement considérable de l'orifice : le néoplasme remonte à 5 ou 6 centim. de l'anus : bien que la région anale soit encore mobile, il y a propagation aux ganglions inguinaux : la cloison recto-vaginale est dégénérée en un de ses points et il y a communication.

L'état général est assez satisfaisant; mais les fonctions digestives

s'accomplissent mal; la défécation est très difficile et la constipation des plus opiniâtres; la malade demande une intervention.

M. Verneuil, désireux de comparer les deux méthodes, prie M. Reclus de pratiquer l'opération de l'anus iliaque suivant le procédé autrichien: l'opération est faite le 18 mars sous le chloroforme; la recherche de l'intestin est des plus simples et l'opération rapide. L'intestin est attiré au dehors; le mésocolon est perforé au niveau du bord adhérent du côlon et fixé par transfixion avec une sonde iodoformée.

Pansement antiseptique.

Après l'opération, issue de matières soit par l'utérus, soit par la fistule recto-vaginale: la malade souffre beaucoup et accuse des coliques et des épreintes.

Le soir, nouvelle issue de matières par le rectum ou le vagin? Température 37°,5.

17 mars. Tympanisme. Il n'y a pas issue de gaz par le rectum.

La malade souffre toujours.

Soir. Les douleurs sont très vives: il y a ballonnement et M. Ricard en présence de l'aggravation des symptômes doit intervenir en ouvrant au thermo-cautère l'anse intestinale fixée par la sonde.

Dans la nuit il s'écoule des matières fécales par l'anus artificiel.

20 mars. Amélioration. Le pansement contient des matières fécales. Au pansement du soir matières abondantes assez consistantes.

Depuis l'eschare, produite par le thermo-cautère est tombée: l'anus artificiel a excellent aspect: il est bien éperonné, nous avons supprimé la sonde iodoformée le 26 mars et dès le lendemain l'anse considérable qui était au dehors semble réduite de moitié.

La malade, qui est encore actuellement en traitement, va bien.

En résumé anus artificiel par la méthode autrichienne; ouverture de l'intestin 30 heures après environ nécessitée par la persistance des phénomènes d'obstruction.

Notre expérience est bien trop jeune en pareille matière pour que nous puissions nous permettre d'en tirer un argument sérieux contre la méthode. Néanmoins nous avons voulu profiter de l'occasion qui s'offrait à nous de publier deux cas qui pouvaient prendre place dans la discussion de la valeur comparative des deux procédés.

L'autopsie que nous avons pratiquée aujourd'hui nous permet en outre d'attirer l'attention sur quelques contre-indications de la méthode autrichienne.

Nous résumons l'observation de cette malade, l'intérêt qui s'y attache portant principalement sur les divers temps de l'opération et sur les constatations anatomiques que nous avons pu faire à l'autopsie.

OBS. III. — M^{me} V..., concierge, 57 ans, couchée au lit n° 15 de la salle Lisfranc, service de M. Verneuil.

Rien du côté des *antécédents héréditaires ou personnels*.

Début il y a 4 ans par troubles de la défécation auxquels la malade ne porte pas grande attention.

En décembre 1888, pertes sanguines par l'anüs très peu abondantes. Constipation opiniâtre avec ténésme et crises intestinales douloureuses.

A l'entrée l'état général de la malade n'est pas satisfaisant. Sans être à proprement parler cachectisée, elle paraît anémiée et émaciée. Elle se plaint de douleurs abdominales, d'envies fréquentes d'aller à la selle : il y a tympanite notable et parfois on voit les anses intestinales se dessiner à travers la paroi abdominale. A la palpation il y a rénitence élastique des anses intestinales distendues par les gaz et on sent des matières fécales en abondance vers le colon iliaque.

Il est difficile de s'assurer de l'état des ganglions lombaires : enfin la malade présente deux hernies inguinales notables.

Au toucher rectal on trouve un rétrécissement cancéreux siégeant à 3 centim. de l'anüs et admettant à peine l'indicateur : le rectum est fixé dans sa partie ampullaire : le doigt ne peut atteindre la limite supérieure du néoplasme.

Rien dans les urines. Le cul-de-sac postérieur du vagin est épais, induré, manifestement envahi par la tumeur rectale, mais ne présente pas de perforation.

Nous voulons surtout appeler l'attention sur les détails de l'opération pratiquée par M. Verneuil le 18 mars.

M. Verneuil fait l'incision cutanée suivant le procédé ordinaire : il la rejette néanmoins un peu vers l'épine iliaque à cause de la présence de la hernie inguinale.

Au moment de l'ouverture du péritoine issue d'une notable quantité de liquide ascitique.

Il se présente immédiatement une frange épiploïque et l'on attire au dehors le colon facilement reconnaissable à la direction de ces fibres, mais malgré une forte traction, il est presque impossible de l'attirer au delà de l'incision cutanée et on ne sait d'abord à quoi attribuer cette fixité de l'intestin. Ce temps de l'opération est particulièrement pénible.

Le colon est fixé à l'incision abdominale par 12 points d'argent comprenant la paroi intestinale, le péritoine et la paroi abdominale et maintenue en place par des plombs. Enfin on résèque une petite portion du bord libre de l'intestin au thermo-cautère pour établir l'anüs artificiel en un seul temps.

A ce moment issue d'une quantité considérable de matières fécales jaunâtres, liquides, fétides qui couvrent littéralement le champ opératoire et que nous entraînons avec un jet d'eau phéniquée forte.

On applique un pansement iodoformé. La malade est reportée dans son lit. Nous faisons un premier pansement dans l'après-midi. Il y a matières liquides abondantes.

Le soir, nouveau pansement avec nouvelle évacuation : la malade est très soulagée : mais nous remarquons la rétraction considérable de l'anüs artificiel qui semble attiré vers la colonne vertébrale et se creuse rapidement en entonnoir en entraînant la peau. Temp. vesp. 38° 6.

19 mars. La malade va bien : le tympanisme a diminué : Évacuations nombreuses. Temp. matin 37°, soir 38°, 6.

Le 20. Il faut changer souvent le pansement (4 fois dans la nuit). Bon état local, sauf la rétraction, et général. Ne souffre pas dans l'abdomen. Depuis l'opération on sonde la malade. Temp. 37°.

Le soir pansement. Le ventre est très ballonné : on voit les anses se dessiner sous la peau. Diarrhée muqueuse et jaunâtre excessivement abondante, Douleurs abdominales. Pas de nausées ni de vomissements. 1 pilule d'opium. Temp. 38°.

Le 21. Faciès très altéré : sueurs, abattement considérable.

Douleurs vives : tympanisme. Diarrhée séreuse excessivement abondante. Œdème des jambes et des mains. Temp. matin 36° 8, soir 38° 7.

Mort à 11 heures du soir.

AUTOPSIE, le 23 mars. — Les principaux viscères, cerveau, cœur, reins, foie, vessie, utérus sont sains : les poumons présentent une pneumonie hypostatique très nette

Notre attention est surtout attirée du côté du foyer opératoire où nous voulons constater le siège exact de l'anūs artificiel et l'état du mésocôlon qui semble s'être opposé à la traction de l'intestin au moment de l'opération et nous y trouvons :

1° Un léger épanchement purulent autour de l'anūs artificiel :

2° Congestion et agglutination par quelques fausses membranes des anses intestinales voisines ; en somme, lésions de péritonite tout à fait circonscrite, les autres portions de la séreuse ont conservé leur aspect poli et luisant.

Nous détachons toute la portion de l'intestin comprise entre le côlon descendant et l'anūs périnéal avec la portion de paroi abdominale qui constitue l'anūs artificiel et ce faisant nous pouvons faire les trois constatations suivantes.

1° Le mésocôlon iliaque présente à la hauteur de l'anūs artificiel une longueur tout à fait minime et il est de plus complètement infiltré et dégénéré, d'où aspect lardacé, augmentation considérable d'épaisseur et perte de toute extensibilité. Il y a là une masse néoplasique qui comprend à la fois de nombreux ganglions lymphatiques et le mésocôlon qui a été la cause évidente des difficultés rencontrées pendant l'opération.

2° L'anūs iliaque a été pratiqué sur le côlon à 22 cent. environ de l'anūs, c'est-à-dire que anatomiquement il porterait à l'arrière du rectum et de la terminaison du côlon iliaque.

3° L'extrémité inférieure du rectum tout entière est fortement fixée dans le petit bassin par une virole néoplasique lardacée, épaisse qui remonte macroscopiquement jusqu'à 10 cent. de l'anūs artificiel, mais que l'on sent se prolonger beaucoup plus haut sous forme d'infiltration, laquelle se propage presque jusqu'au foyer opératoire.

Des deux observations citées plus haut et de l'autopsie que nous venons de rapporter et dont nous avons présenté les pièces à la Société anatomique, il semble se dégager les faits suivants :

1° Il est des cas où l'établissement d'un anus artificiel sans ouverture immédiate de l'intestin ne suffit pas à provoquer

la disparition des phénomènes d'obstruction et où il faut avoir recours d'emblée à l'ouverture de l'anse attirée au dehors (obs. I et II).

2° L'opération par la méthode autrichienne peut être rendue impossible.

A. — Lorsqu'il y a de l'ascite par défaut de formation des adhérences (obs. III).

B. — Lorsque le mésocôlon est court et dégénéré par difficulté de passer la sonde destinée à maintenir l'intestin au dehors (obs. III).

Enfin nous désirons appeler l'attention sur deux faits encore : la distance qui séparait l'anus artificiel de l'anus normal et qui dans notre cas était 22 cent. seulement : nous pensons que lorsque le rectum est lui-même adhérent dans la cavité pelvienne l'opération doit rencontrer l'intestin en un point inférieur à celui qui a été indiqué par quelques auteurs et que cette distance de 25 à 30 cent. doit correspondre à peu près à la normale. Il en serait peut-être autrement lorsque l'S iliaque et le rectum sont libres et flottants.

En dernier lieu nous avons examiné l'état des adhérences séro-séreuses de l'intestin et du péritoine fixés l'un à l'autre au pourtour de l'anus artificiel par 12 points de suture solidement établis. De ces points l'un avait coupé les tissus, ce qui explique peut-être la faible quantité de pus trouvée à ce niveau sur le péritoine. Les autres avaient provoqué des adhérences, mais bien que la malade n'ait succombé que le 5^e jour après l'opération, ces adhérences étaient très faibles et presque nulles en certains points, et, en tout cas, eussent été tout à fait insuffisantes pour empêcher un épanchement péritonéal de matières septiques si l'intestin n'avait pas été étroitement suturé à la paroi abdominale.

On ne saurait conclure d'un seul fait : il nous a paru cependant qu'au 5^e jour ces adhérences bien qu'incontestables étaient manifestement incomplètes.

NOTE. — J'ai examiné depuis, au point de vue histologique, la pièce qui fait l'objet de l'observation n° III. Il s'agit d'un pithélioma tubulé à cellules cylindriques.

Au moment où nous avons incisé le point rétréci, nous avons pu observer un amas de corps étrangers intriqués les uns dans les autres : il s'agissait d'arêtes de poisson décal-

cifiées arrêtées en nombre considérable au niveau du rétrécissement et retenues à ce niveau par leur fixation à la muqueuse, résultat de la pénétration de leur extrémité aiguë.

Note sur la dégénérescence graisseuse de la capsule surrénale, par le D^r MAURICE LETULLE.

Dans une des dernières séances de la Société anatomique, j'eus l'occasion, à propos d'une communication de M. Pilliet, de signaler les relations qui unissent la dégénérescence graisseuse de la capsule surrénale aux adénomes et même à ce qu'on a appelé les hypertrophies hémorragiques de cet organe.

Il résulte, en effet, d'un nombre considérable d'observations recueillies par moi depuis bientôt deux ans, que :

1^o La surcharge graisseuse des cellules surrénales, loin d'être un état physiologique, constitue une lésion non constante, chez l'homme aussi bien que chez nombre d'animaux mammifères.

2^o Cette dégénérescence graisseuse affecte de préférence, lorsqu'elle est circonscrite, la *région moyenne des trabécules surrénales*, c'est à-dire la partie de la substance corticale intermédiaire entre la zone périphérique sous-capsulaire et la région centrale de la même substance corticale. Les dessins que je présente et que je dois à l'obligeance de M. Karmanski montrent bien cette disposition sur une capsule surrénale de chat.

On y voit cette région graisseuse et l'on peut constater sur les coupes que je montre que cette portion des trabécules surrénales ou rayons cellulaires corticaux est moins riche en noyaux que les portions sus-jacentes ou sous-jacentes de la même substance.

3^o La dégénérescence graisseuse respecte toujours la substance centrale ou médullaire de la capsule, substance constituée essentiellement par des aréoles remplies de cellules claires, granuleuses, greffées autour des cavités vasculaires, comme le seraient des cellules glandulaires autour de leurs canaux excréteurs.

4^o Chez l'homme, la dégénérescence graisseuse de la capsule surrénale n'est pas constante; elle se rencontre surtout

chez des individus ayant succombé avec des troubles de l'appareil circulatoire.

Elle est souvent distribuée d'une manière irrégulière, occupant la presque totalité de la substance corticale, dans laquelle elle respecte quelquefois, sans qu'on en trouve la raison, des fragments étendus de trabécules surrénales.

L'anatomie pathologique de la glande surrénale se rattache par certains côtés, d'une manière très saisissante, à la pathologie du rein ; mais d'autre part les lésions de la couche corticale de l'organe, composée de trabécules parallèles entre elles et perpendiculaires au centre de l'organe, sont très comparables à certaines lésions chroniques de la glande hépatique.

Il résulte, par exemple, de mes recherches, que la dégénérescence graisseuse de la capsule surrénale se groupe souvent par îlots isolés, arrondis, formant ainsi des *nodules graisseux*, état nodulaire graisseux, parfaitement comparable à l'état nodulaire graisseux du foie. Les coupes et les dessins que je fais passer sous les yeux des membres de la Société anatomique montrent bien les diverses étapes de cette transformation nodulaire plus ou moins graisseuse des trabécules surrénales. On voit ici une série de nodules en voie de transformation graisseuse, s'arrondissant et repoussant d'une manière excentrique les trabécules surrénales voisines dont les cellules encore intactes se tassent et s'aminçissent.

Là, les lésions périnodulaires sont plus marquées et caractérisées par la formation de travées fibreuses qui se détachent de la face profonde de la capsule fibreuse d'enveloppe.

Ailleurs enfin, comme le montrent les coupes ci-jointes, l'état nodulaire, la surrénalite nodulaire, est plus accusé encore et l'on peut constater que les trabécules comprises dans l'intérieur des nodules se sont dissociées, s'envoyant les unes aux autres des anastomoses, se groupant en îlots de volume et de formes les plus divers et s'infiltrant plus ou moins de granulations et de cristaux graisseux.

Une autre preuve que la dégénérescence graisseuse des cellules surrénales envahit l'organe dans une foule de conditions pathogéniques plus complexes les unes que les autres, n'est fournie par l'étude d'une *adénome hémorrhagique* de

la capsule surrénale dont je dois les pièces à l'amabilité de notre collègue M. le Dr Toupet.

Cette pièce a été confiée au Dr Droubaix et figuré dans sa thèse sur les hémorrhagies de la capsule surrénale.

Les coupes et les dessins que je présente montrent qu'avant l'action de l'éther, les tissus infiltrés de cristaux de graisse et de larges foyers hémorrhagiques rappellent assez bien l'aspect d'une capsule surrénale épaissie sclérosée et infiltrée de graisse. Mais lorsque j'eus fait agir l'éther, et que j'eus coloré les coupes à l'hématoxyline, je m'assurai sans peine qu'il s'agissait non pas d'une hypertrophie simple, mais bien d'un néoplasme, d'un *adénome* alvéolaire à forme hémorrhagique. Ce cancer de la surrénale se compose de deux parties distinctes, une couche corticale formée d'alvéoles néoplasiques fibreux contenant dans leur intérieur des cellules surrénales infiltrées de graisse, mais nucléées et encore bien vivantes; une couche interne remplie de sang et formée de larges lacs vasculaires développés aux dépens de la substance médullaire et de ses vaisseaux.

Ces lésions adénomateuses rapprochent singulièrement, on le voit, la pathologie de la capsule surrénale de celle du rein : ce dernier organe présente dans le cours des néphrites chroniques, comme l'a si brillamment démontré Sabourin, une tendance marquée à la formation de tumeurs adénomateuses qui s'infiltrent de graisse suivant un mécanisme identique à celui qui préside à l'infiltration graisseuse des cellules surrénales.

Il me paraît logique d'établir entre ces diverses lésions des corrélations qui me semblent évidentes et de conclure que dans la pathologie de la capsule surrénale encore si mal connue, il existe une série d'étapes intermédiaires entre l'état nodulaire, graisseux ou non, des trabécules surrénales et les adénomes de l'organe, que ces adénomes soient circonscrits, isolés à l'intérieur ou à la surface de la glande, ou bien qu'ils aient subi un processus néoplasique plus élevé, tel par exemple que la transformation adénomateuse ou carcinomateuse hémorrhagique.

Une dernière remarque, en terminant : jusqu'à présent toutes ou la presque totalité des observations d'hypertrophie hémorrhagique des capsules surrénales furent trouvées à l'autopsie de vieillards atteints de néphrite chronique et

d'athérome artériel, état pathologique qui constitue précisément, comme on sait, le terrain de prédilection de l'adénome du rein ; ce fait s'il se confirme par les observations ultérieures, établirait un nouveau point de contact entre le rein pathologique et les lésions de la capsule surrénale.

AVRIL

Séance du 5 avril 1889.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL.

Kystes canaliculaires du foie, M. MORAX, int. provis. des hôpitaux.

Foie d'une malade morte dans le service de M. Joffroy, de broncho-pneumonie, à l'âge de 86 ans.

On trouve au niveau de la face convexe du foie, sous-jacente à la capsule de Glisson, une cavité de la grosseur d'une noix et remplie par un liquide séreux légèrement jaunâtre. La cavité présente des parois lisses recouvertes par un épithélium cylindrique absolument analogue à l'épithélium des canalicules biliaires.

En différents points du parenchyme hépatique on trouve des dilata-tions kystiques analogues, mais de beaucoup plus petit volume. Il n'y a pas de cirrhose hépatique.

La dégénérescence kystique du foie est ordinairement liée à une dégénérescence kystique du rein. L'intérêt de ce cas est l'absence presque complète de kystes du rein. On n'a trouvé que dans un ou deux points une légère dilatation des tubes urinifères.

Sur une forme très rare d'exostose du maxillaire inférieur, par M. A. NICOLAS, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique, a été trouvée sur un homme âgé de cinquante ans environ, décédé à l'asile d'aliénés de Maréville.

Le maxillaire inférieur porte sur la face externe de sa branche montante gauche, une apophyse volumineuse, longue de 30 millim. et constituée apparemment par du tissu compact, à direction oblique d'arrière en avant, de bas en haut et de dedans en dehors. La forme de cette apophyse est, si l'on veut, celle d'un prisme triangulaire dont la base fait corps avec le maxillaire sur la partie la plus reculée de la face externe de celui-ci, c'est-à-dire tout contre son bord postérieur

à l'union du 1/3 inférieur avec les 2/3 supérieurs de ce dernier. Son extrémité libre, plus mince et aplatie de dehors en dedans, se trouve écartée de la surface de l'os par un intervalle de 10 millim. à peu près. La face externe, convexe dans le sens de la longueur et large de 8 millim., est lisse, sauf dans son 1/3 supérieur où on remarque la présence de rugosités et d'un orifice vasculaire relativement très large. Elle se continue en s'élargissant avec le bord postérieur du maxillaire. La face interne, généralement concave dans tous les sens, pas plus que sa face postérieure qui est la plus étroite, ne présente rien de particulier à noter. L'épaisseur totale de l'apophyse est de 4 à 5 millim.

Le muscle masséter cachait de toutes parts à la vue cette curieuse formation, ses fibres musculaires l'englobant complètement.

Le reste du maxillaire ne se faisait remarquer que par un développement peut-être un peu plus accentué que d'ordinaire de ses reliefs et de ses anfractuosités. Ainsi par exemple : les rugosités de l'angle et du bord postérieur sur lesquelles s'insère le ptérygoïdien interne, les apophyses géni... etc. Dans le reste du squelette je n'ai non plus rien trouvé d'anormal.

En présence de cette apophyse que je crois très rare, si j'en juge par l'insuccès absolu de mes investigations bibliographiques, j'ai dû me demander quelle était sa signification. Or, rien dans le développement du maxillaire, aucune disposition animale ne me paraissent devoir en permettre l'explication. Il s'agit évidemment d'une ossification intra-musculaire.

2° Ossification du ligament conoïde du côté droit.

Chez un homme d'une soixantaine d'années, exerçant la profession de remouleur, j'ai trouvé sur la clavicule droite une exostose de forme conique et dont le sommet muni d'une facette encroûtée de cartilage se juxtaposait avec une facette correspondante située sur le côté interne de la base de l'apophyse coracoïde. Des faisceaux conjonctifs épais assuraient un contact étroit entre les deux os, séparés cependant par une cavité articulaire rudimentaire. D'autre part, l'extrémité externe de la clavicule présentait des traces évidentes d'une fracture ancienne consolidée.

Ce cas est évidemment à rapprocher de ceux qui ont été décrits comme ossifications du ligament conoïde.

Endocardite infectieuse, par M. A.-F. GUYON, interne des hôpitaux.

Le nommé Médard, A..., âgé de 45 ans, est mort à la Pitié le 6 mars dernier, dans le service de M. Lancereaux.

Antécédents personnels. — Alcoolique et épileptique depuis longtemps.

Le 2 janvier il fut pris, paraît-il, de frissons avec fièvre tous les soirs, expectorations striées de sang, enfin perte d'appétit et amaigrissement.

A son entrée à l'hôpital, le 19 février, il est très agité, répond d'une façon incohérente, et se plaint de mal de tête. L'examen du malade ne révèle qu'un certain degré de rudesse au sommet droit, pas de souffle au cœur dont les battements sont seulement un peu sourds, en un mot rien de bien net. La température est de 39°,8.

Au bout de 3 ou 4 jours, l'agitation fait place à un état somnolent, le malade est couché sur le dos, les genoux relevés, les jambes fléchies, la langue est rouge et fendillée, les dents fuligineuses, le ventre est un peu rétracté en bateau; mais il n'y a pas de contractures musculaires, pas d'inégalité des pupilles, pas de vomissements ni de constipation, pas d'albumine dans les urines. Le malade a les yeux fermés, et, lorsqu'on l'interroge, ne répond que par monosyllabes.

A cet état, qui s'accroît peu à peu, viennent s'ajouter les jours suivants des trémulations régulièrement espacées siégeant surtout aux membres supérieurs, quelques plaintes rappelant les cris hydrencéphaliques, finalement une escarre au sacrum. Pendant tout ce temps, la température se maintient aux environs de 39° le soir, avec rémissions matinales assez marquées (37°).

A l'AUTOPSIE (7 mars), on ne constate aucune lésion méningée pouvant expliquer les symptômes que nous avons indiqués. Mais le cœur, d'aspect extérieur normal et non hypertrophié, présente les lésions suivantes : A l'ouverture du ventricule droit, on constate, outre la présence d'un caillot fibrineux occupant cette cavité et se prolongeant dans l'oreillette, l'existence d'une végétation considérable qui siège sur une des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire.

Cette végétation est comparable par son volume et ses dimensions à la dernière phalange du petit doigt. Longue de 0,22 millim., large de 0,17, rougeâtre et de consistance un peu plus ferme que le muscle cardiaque, elle est un peu aplatie d'avant en arrière. La face antéro-inférieure qui regarde le ventricule est mamelonnée et présente, à la hauteur du bord libre de la valvule, une incisure profonde et transversale. La face postéro-supérieure qui regarde la paroi artérielle présente un sillon médian, et se continue sans ligne de démarcation avec la face pariétale de la valvule qu'elle surmonte. La base coiffe absolument le bord libre de celle-ci, et se continue, au niveau du bord adhérent, avec le muscle cardiaque.

L'examen histologique de cette végétation, fait avec l'assistance de M. Widai, montre qu'elle est formée d'un stroma fibrineux parsemé de cellules lymphoïdes extravasées. Au point de vue microbologique, plusieurs coupes colorées par le procédé de Weigert permettent de voir un nombre considérable de streptocoques et de bâtonnets, avec prédominance de l'une ou de l'autre forme, selon l'endroit de la coupe que l'on examine.

Notons que, sur la face interne du ventricule droit, on remarque, dans le voisinage des sigmoïdes, quelques petites végétations grosses comme des grains de mil, qui, à l'état frais, se détachaient en blanc sur le tissu du cœur. Partout ailleurs, sur la valvule tricuspide comme sur la mitrale et les sigmoïdes de l'aorte, on ne note aucune altération.

Il n'y a pas d'embolies dans les branches de l'artère pulmonaire. Les lobes inférieurs des poumons sont congestionnés, et le sommet du poumon droit présente quelques masses caséuses enkystées.

Dans le foie, la rate et les reins, on ne note aucune lésion. Aucun de ces organes n'est hypertrophié. Le tube digestif est intact, à part quelques suffusions sanguines dans la muqueuse stomacale.

Quant au cerveau, nous avons déjà noté l'absence de lésions des méninges; le parenchyme cérébral n'en présente pas non plus, seuls

les vaisseaux sont quelque peu injectés en deux points: dans la région occipitale gauche, et à la surface du ventricule latéral du même côté, au point où il se recourbe pour entourer le corps strié. Mais on ne voit rien d'anormal ni dans le tronc basilaire ni dans les sylviennes,

EN RÉSUMÉ, nous croyons que les points particuliers qui ressortent de cette observation sont les suivants :

1° Existence d'une lésion notable d'endocardite infectieuse n'ayant déterminé aucun symptôme propre à la faire diagnostiquer cliniquement ; 2° siège relativement anormal de cette lésion sur la sigmoïde de l'artère pulmonaire (d'après les statistiques on trouve environ 45 faits d'endocardite du cœur droit pour 1001 du cœur gauche ; voy. D. Dechambre) ; 3° pas de porte d'entrée appréciable de l'infection, si ce n'est peut-être la lésion tuberculeuse du poumon constatée à la nécropsie ; 4° aucune lésion embolique secondaire.

Tumeur de l'aisselle droite, par M. CASTRO.

Fillette de 10 ans; la *grosseur* n'a été constatée que depuis six semaines.

L'enfant portait souvent sous le bras un gros parapluie ou un bâton.

Actuellement, tumeur occupant toute la largeur de l'aisselle, et envahissant la face interne du bras; le grand diamètre transversal est de 11 cent. sur une largeur de 5 cent. d'avant en arrière.

Visible, mais surtout sensible au palper, elle se compose de lobules distincts, oblongs, variant de la grosseur d'une olive, à celle d'un petit pois, formant par leur réunion une masse unique, bien limitée, adhérant intimement à la peau, qui à son niveau est rouge, fissurée, semblant tendre à l'ulcération; veines du voisinage développées, mobiles sur les parties profondes. Pas de ganglions lymphatiques engagés ni dans l'aisselle droite, ni dans aucune autre partie du corps.

Malgré ses caractères objectifs, et vu son siège sus-aponévrotique, elle ne peut appartenir aux ganglions lymphatiques, qui sont exceptionnels, et en tout cas très peu nombreux dans cette région. En revanche elle a tous les caractères des néoplasies des glandes sudoripares.

L'*extirpation* est pratiquée sous le chloroforme, lavages antiseptiques. Dissection très facile, une seule veine profonde donne du sang; l'écoulement est arrêté par le pincement temporaire, l'aponévrose est intacte. Les tissus profonds de l'aisselle absolument sains. Suture métallique, drainage et pansement de Lister. Réunion par première intention, presque complète, et guérison rapide.

Les noyaux qui constituent la tumeur, présentent à la section un tissu gris rosé, translucide, granuleux ou mieux fibroïde.

Sous l'influence de l'alcool, la masse se contracte; la peau paraît alors intacte, bien distincte des tissus sous-jacents, auxquels elle adhère intimement; le tissu lamineux qui unit intimement les lobules élémentaires leur constitue à chacun une loge mince et à peine distincte à l'extrémité profonde, mais fibreuse, épaisse vers la superficie, où ils sont en contact intime avec la face interne du derme. Ils occupent donc bien la cavité des cônes lamineux, où se trouvent nor-

malement les glomérules sudoripares, plus développés que partout ailleurs dans la région axillaire.

Le tissu morbide est devenu d'un blanc mat opaque très élastique, et résistant à la déchirure, qui donne des fragments fibro-lamellaires. Voici le résultat de l'examen histologique par M. Balzer.

« Il s'agit de fibromes sous-cutanés, très riches en cellules plates et fusiformes, avec des noyaux allongés qui font ressembler certaines de ces cellules à des fibres musculaires lisses; après double coloration des coupes au picro-carmin et à l'hématoxyline, je puis bien me rendre compte de la nature de ces éléments. Il s'agit de fibromes très riches en cellules, on pourrait presque dire fibrosarcomes, car en certains points, principalement au voisinage des vaisseaux, les cellules l'emportent beaucoup sur la trame conjonctive fasciculée. »

Examen histologique. — Examinant à un faible grossissement les coupes, qui comprenant la peau ont été faites perpendiculairement à sa surface, on constate, que la couche muqueuse de Malpighi est amincie et que le tissu fibreux qui forme le derme est presque totalement remplacé à certains endroits par des masses lobulées, se colorant peu par le carmin, granuleuses avec des espaces clairs d'aspect homogène, séparées entre elles par des tractus fibreux qui envoient des prolongations dans leur intérieur. Elles sont séparées des tissus profonds, par du tissu conjonctif lâche et cellulo-adipeux. On trouve quelques glandes sudoripares, repoussées par le tissu néoformé et des vaisseaux avec paroi embryonnaire ou sans paroi, situés dans les tractus qui séparent les lobes entre eux.

Si l'on examine à un plus fort grossissement, une préparation colorée à l'hématoxyline, on voit que les granulations disposées tantôt autour, tantôt au long des espaces clairs, sont des noyaux ovoïdes allongés de cellules sarcomateuses et que ces espaces, finement striés, sont des faisceaux de tissu conjonctif très dense, coupés en sens divers. Dans les tractus fibreux, qui enveloppent et cloisonnent la tumeur, on trouve d'abondantes fibres élastiques.

Il s'agit donc d'un sarcome développé dans le tissu du derme, qui par cette circonstance a pris un aspect tout particulier.

En effet, les faisceaux conjonctifs coupés transversalement ainsi que les cellules sarcomateuses qui les longent, donnent l'apparence d'un tube entouré de cellules rondes et on pourrait croire au premier abord, à un adéno-sarcome.

M. CLADO doute que cette tumeur ait pu se développer aux dépens de la peau ; un ganglion en ectopie peut donner une production de cette nature.

M. CORNIL. On trouve de nombreuses glandes sudoripares au-dessous de la tumeur ; celle-ci a donc dû se développer dans le derme lui-même. De plus, il n'y a là aucune disposition qui permette de penser à une origine ganglionnaire ; le tissu lymphatique ne produit pas primitivement de faisceaux conjonctifs aussi volumineux ; mais bien le plus souvent, pour ne pas dire toujours, du lymphadénome.

Seringue à inoculation.

M. CLADO présente une seringue à inoculation dont les avantages sont : 1° la facilité de la stérilisation, grâce à l'absence de rondelles de cuir et d'armature dans le corps de pompe, et à l'interposition entre le piston et le liquide d'une couche d'huile stérilisée ; le piston n'est pas stérilisé ; 2° la modicité du prix.

Cette seringue est moins coûteuse et plus simple que la seringue à piston de moelle de sureau de M. Straus.

M. DARIER remarque que la seringue à inoculation qu'emploie M. Malassez offre au moins autant d'avantages ; elle est entièrement stérilisable, piston et corps de pompe ; elle est en cuivre et la rondelle du piston en moelle de sureau.

Vaste caverne pulmonaire à parois gangréneuses ayant donné tous les signes physiques du pyopneumothorax et causée par un kyste hydatique purifié éliminé par les bronches, par M. MAURICE SOUPAULT, interne des hôpitaux.

Le nommé V..., 44 ans, entre le 13 mars 1889 à l'hôpital Tenon, salle Pidoux, lit n° 10, service de M. le Dr Oulmont.

Antécédents personnels. — Ce malade est mouleur dans une fabrique où il travaille depuis l'âge de 12 ans. Il respire constamment du noir de fumée résultant de la combustion de résines employées pour le flambage des moules.

Il s'est toujours bien porté jusqu'en 1870, c'est-à-dire jusqu'à 24 ans. A ce moment, il partit en campagne et depuis son retour chez lui il est constamment malade. Il raconte qu'il a eu le 6 mars dernier une vomique abondante. En travaillant à l'atelier il est pris d'une vive oppression et il rend au milieu de toux quinteuse et d'efforts de vomissements une cuvette environ de matières jaunâtres puriformes horriblement fétides avec fausses membranes blanches très abondantes. A la suite de cette vomique, éruption que le malade définit mal et qui n'a duré que deux jours.

A l'entrée. — Dyspnée légère, respiration rapide, haleine fétide. Les crachats sont également fétides, jaune verdâtre, spumeux, analogues à des crachats d'emphysémateux. L'examen physique révèle les signes suivants :

En avant, l'exploration du thorax est à peu près négative. En arrière et à gauche la sonorité est un peu exagérée, et, à l'auscultation on perçoit une respiration emphysémateuse avec quelques râles bronchitiques chroniques disséminés. A droite le thorax est bombé : sonorité exagérée, absence de vibrations thoraciques ; à l'auscultation absence de murmure vésiculaire.

Dans le lointain, souffle à timbre amphorique. Pas de bruit d'ai-

rain, pas de tintement métallique ; mais succussion hippocratique très nette, après laquelle on entend, pendant quelques minutes, un bruit de gargouillement. Voix et toux ont un timbre bronchophonique.

Bref, on a à peu près tous les signes d'un pyo-pneumothorax, ayant pour origine une pleurésie purulente, terminée par vomique. C'est d'ailleurs le diagnostic auquel nous nous arrêtons. Pourtant, la ponction avec l'aiguille de Dieulafoy, pratiquée en différents points de la base droite, ne donne aucun liquide. Malgré cela, nous décidons de faire le lendemain l'opération de l'empyème.

Les autres appareils sont sains. Le foie a son volume normal, et sa pression n'est pas douloureuse.

Les phénomènes généraux sont peu prononcés ; le malade a la langue saburrale, de l'anorexie, des selles semi-liquides, assez fréquentes. Pas le moindre phénomène adynamique. Fièvre, 39°. Pouls assez fort, 96 pulsations. Rien dans les urines.

Les jours suivants, on constate les mêmes signes physiques. La dyspnée croît de jour en jour. Les crachats sont de plus en plus fétides et abondants : leur expectoration provoque une petite toux quinteuse. On constate également l'écoulement, par le nez, d'un liquide noirâtre, analogue au liquide des crachats. La diarrhée augmente, les sueurs apparaissent, le malade s'affaiblit de jour en jour, et présente un aspect terreux. La fièvre oscille en 38° et 39°,5. Enfin, la dyspnée augmentant toujours, le malade meurt dans la nuit du 26 au 27 mars, s'éteignant comme un tuberculeux, sans présenter aucun symptôme nerveux.

AUTOPSIE. — *Poumon gauche* sain. Pas trace de liquide dans la plèvre, pas la moindre adhérence. Poumon emphysémateux caractéristique.

Poumon droit absolument soudé au thorax par la plèvre épaissie. Pas trace de liquide pleural. Le poumon enlevé on voit qu'il est recouvert d'une coque fibrineuse complète. A la coupe le tissu pulmonaire est couleur mine de plomb. Le couteau à la partie inférieure du poumon tombe dans une énorme cavité présentant environ le volume d'une tête de fœtus et remplie d'un liquide grisâtre mine de plomb, horriblement fétide et où nagent des parcelles sphacélées de tissu pulmonaire et des membranes blanc d'œuf cuit.

La cavité étant nettoyée par un filet d'eau on se trouve en présence d'une cavité à parois anfractueuses, à parois inégales, formée en certains points par du tissu pulmonaire sphacélé d'où se détachent çà et là des lambeaux flottants assez considérables. En d'autres points on trouve une membrane adventice blanchâtre, dure, à laquelle adhèrent à sa partie externe des lambeaux de poumon sphacelés.

Aucune perforation. Pas de pus.

Tous les autres appareils ne présentent rien de remarquable. Seul le foie adhère en un point de sa face convexe au diaphragme.

Il est augmenté de volume mais n'offre aucune autre particularité.

L'examen histologique pratiqué par M. Hermann Legrand, interne des hôpitaux, a donné les résultats suivants :

Un fragment de membrane blanchâtre épais de 1 millim. environ a présenté les caractères de la membrane propre des hydatides : consistance élastique, aspect hyalin, à peine granuleux, insolubilité dans l'acide acétique. Sur les bords de cette membrane on voit avec une

grande netteté l'aspect finement et régulièrement feuilleté caractéristique.

Sur un point de la paroi on trouve une membrane présentant les caractères suivants. Couches superposées de cellules plates et de fibrilles conjonctives colorées par le carmin. Cette membrane adhère d'un côté au parenchyme pulmonaire reconnaissable à des débris d'alvéoles comprimés et infiltrés de charbon. L'autre face est lisse. Il s'agit probablement de la membrane adventice d'un kyste pleuro-pulmonaire ou seulement pariéto-pulmonaire ayant refoulé le tissu pulmonaire et dont la membrane propre a été décollée et éliminée.

Les parois de la cavité présentent les lésions de la nécrose pulmonaire.

Tout le reste du poumon présente des lésions d'antracosis très accentuées, dépôts de charbon autour des bronches et des vaisseaux, induration scléreuse des bronches, épaissement des parois alvéolaires dont la cavité est remplie par des amas de cellules arrondies.

Le diagnostic porte sur la feuille d'observation, pyo-pneumothorax, était donc erroné. Ce n'est qu'après avoir constaté les lésions à l'autopsie que, en faisant une enquête, nous apprîmes de la femme de notre malade que depuis 1870 il était constamment malade. Toux quinteuse. Hémoptysies survenant à intervalles variables plus ou moins abondantes, mais augmentant d'importance de jour en jour. Au 1^{er} janvier 1889 notamment, grande hémoptysie évaluée environ à la moitié d'une cuvette. Outre ces hémoptysies, expectoration abondante jaune sale et quelquefois noirâtre.

Depuis environ 2 ou 3 ans il crache des membranes blanc d'œuf. Enfin, au moment de sa vomique, le malade a eu une éruption mal définie mais n'ayant duré que deux jours.

Sans doute ces commémoratifs nous auraient fait éviter notre erreur. Mais cette erreur même nous prouve un fait intéressant et croyons-nous, peu connu. C'est que dans certains cas une caverne pulmonaire peut nous donner l'illusion d'un épanchement pleural hydro-aérique, mais il faut pour cela des conditions spéciales qu'offrait d'ailleurs notre malade. Il faut que la caverne ait de grandes dimensions, qu'elle soit très superficielle et pour ainsi dire immédiatement contiguë aux parois thoraciques (plèvres pariétales et viscérales absolument soudées) et enfin que le tissu pulmonaire formant les parois de la caverne soit induré. Cette dernière condition était bien remplie chez notre malade dont le poumon présentait les lésions typiques de la pneumonie anthracosique.

Double dilatation bronchique ampullaire des sommets.

— **Mort par hémoptysie**, par M. A. PILLIET, interne des hôpitaux, aide-préparateur d'histologie à la Faculté.

Le nommé Morel Victor, 42 ans; a été admis à l'hospice des Incurables il y a quelques années pour une hernie inguinale gauche, sans complications.

Il présente de plus des signes d'affection pulmonaire pour lesquels il est entré à l'infirmerie, dirigée par M. le Dr A. Gombault, le 22 décembre 1888. Il y resta jusqu'au 13 mars 1889. Pendant ce séjour de

deux mois et demi, il fut considéré et traité comme un phthisique. Il avait été déjà soigné pour une affection chronique de la poitrine dans les hôpitaux de Paris, Lariboisière entre autres. Il avait eu déjà plusieurs hémoptysies dont la dernière remontait à quatre ans. C'était un homme brun, assez amaigri, au teint terreux, à voix un peu altérée et rauque, avec dyspepsie constante et diarrhée tenace, bref, l'allure générale d'un phthisique. Il présentait aux deux sommets des signes de cavernes bien nets; gargouillements, matité, etc. La fièvre oscillait à son entrée entre 37°.5 et 38°; mais elle était assez rapidement revenue à une cote basse, 37°.8, par exemple. L'examen des crachats fait par un élève du service avait été négatif, mais cela devait être mis sur le compte d'une erreur de méthode. Au bout d'un certain temps, le malade, assez amélioré par son séjour à l'infirmerie, ayant recouvré quelque appétit, pouvait rentrer dans la salle de l'hospice. C'est là que nous le trouvâmes quinze jours après, quand commença le second acte de son histoire pathologique.

Le 25 mars au soir, il fut pris en effet d'une hémoptysie considérable. Quand on arriva auprès de lui il avait déjà rempli à moitié un vase de nuit de sang rouge, à moitié coagulé; assez spumeux. Il crachait du sang à pleine bouche, avec des efforts de régurgitation. Calmé par des injections de morphine, il put être transporté à l'infirmerie, mais le lendemain matin, à la visite, il fut repris d'une hémorrhagie très abondante. Cette fois le sang sortait foncé, et en caillots, comme de la gelée de groseille. Le sang s'était donc accumulé dans les cavités du poumon, qui se vidaient ainsi d'un coup. Le phénomène s'était déjà produit au cours de la nuit. La température était de 38°.8; la face plombée, les lèvres cyaniques, le front en sueur, l'hémorrhagie reparaissait à chaque parole. Sous les deux clavicules on trouvait une matité presque complète, et des râles gargouillants; surtout à gauche. Le malade était très agité, inquiet et déprimé. On réussit encore à le calmer par des injections de morphine, mais il mourut dans la nuit, après avoir encore craché du sang, mais en moins grande quantité.

L'AUTOPSIE pratiquée le surlendemain montra que l'on n'avait pas affaire à un anévrysme de caverne, mais à une double dilatation bronchique. Le poumon gauche plus atteint que le droit pourra nous servir de type pour la description de ces cas. La trachée et sa division étaient très larges, avec une muqueuse injectée et rouge. A partir du hile, les bronches descendantes sont un peu élargies, mais elles reviennent vite à leur calibre normal. Il n'en est pas de même des bronches moyennes, et surtout des ascendantes. Celles-ci forment cinq à six tuyaux rapprochés et dilatés. Si l'on en suit un, avec les ciseaux, on constate que les dilatations de la bronche sont irrégulières et que son calibre est très variable. Des cloisons incomplètes, en forme de valves ou de deux diaphragmes circonscrivent sa lumière, et sont comme l'exagération des rides transversales qui soulèvent régulièrement la muqueuse. Vers le milieu de son trajet, la bronche se dilate en une ampoule principale entourée d'une série de petites cavités alvéolaires, le tout rendu inextricable par la complexité des cloisons en croissant, des diaphragmes que forme la muqueuse. Beaucoup de ces cloisons sont perforées, d'autres réduites à de simples brides. Le tout est recouvert d'une muqueuse lisse, soulevée par des plis transversaux, et d'une couleur uniformément rouge cerise. Par l'inci-

sion on constate que cette couleur est aussi celle du tissu sous-jacent sous une faible épaisseur. Autour, le tissu pulmonaire scléreux forme une coque d'un gris arloisé mince mais très dure ; doublée par les deux feuilletés de la plèvre épaissis et soudés.

Chacun des systèmes ainsi formés par une bronche dilatée reste isolé et ne communique pas avec le voisin. Les deux sommets présentent donc au toucher une série de noyaux durs, un état marronné :

A l'incision des deux poumons, le gauche fut trouvé plein de sang noir, répandu dans les cavités, mais on en trouva aussi dans un certain nombre de bronches du côté droit. La dissection des poumons ne permit pas de trouver de gros vaisseau rupture à la surface des ampoules ; on doit donc admettre jusqu'à nouvel ordre que le sang provenait de la muqueuse. Les ganglions bronchiques étaient très développés, enfin il existait auprès du hile du côté gauche une petite caverne tuberculeuse qui aurait pu contenir un pois.

Nous serons bref sur les autres lésions : le cœur pâle et mou présentait un certain nombre d'ecchymoses sous-péricardiques, marquées surtout à la face antérieure, autour des vaisseaux. Le foie offrait les mêmes lésions asphyxiques ; sous la forme d'un pointillé hémorrhagique sous-capsulaire, marqué surtout au niveau du ligament suspenseur. A la coupe, il était d'un blanc jaunâtre, parsemé de points rouges répondant aux dilatations des veines sus-hépatiques ; les veines étaient décolorées surtout dans leur substance corticale ; les autres organes n'offraient rien de particulier à signaler.

A l'examen histologique on peut voir que la membrane basale est conservée à la surface des cavités, au-dessous existe un chorion complètement métamorphosé en un tissu formé de capillaires dilatés et de petites cellules rondes ; rappelant ce qu'on voit dans les bronchites aiguës ; la variolique par exemple. Les fibres musculaires des bronches disparaissent dans ce tissu. Cette nappe doublant la muqueuse n'est pas partout également riche en capillaires ; sur certains points ceux-ci forment de véritables amas d'une grande étendue ; ce sont eux qui composent en grande partie ce tissu rougeâtre doublant la muqueuse. Ils sont aussi très abondants dans les cloisons au milieu desquelles on peut rencontrer des vaisseaux plus gros, thrombosés et remplis d'un caillot en voie d'organisation. Le tissu pulmonaire est complètement fibreux, avec relativement peu de fibres élastiques, et une anthracose considérable, disposée par amas irréguliers. Ça et là quelques groupes d'alvéoles déformés et considérablement agrandis. On rencontre de plus des points calcifiés qui pouvaient à l'œil nu être pris pour des tubercules. Ils nous ont paru répondre à des veinules oblitérées. Dans tout ce tissu fibreux qui se continue avec la coque pleurale, comme dans la muqueuse et le chorion des dilatations, les vaisseaux, surtout les artérioles, présentent un épaississement considérable portant sur leurs trois tuniques. On voit de plus un certain nombre d'ilots allongés ou sphériques, formés de petites cellules rondes : et qui constituent des granulations miliaires inflammatoires ; non spécifiques car il n'y a ni cellules géantes ni cellules épithélioïdes, et, quoique ces amas dépassent en général le volume d'un follicule tuberculeux, leur centre ne dégénère point.

EN RÉSUMÉ, il existe dans la muqueuse un processus inflam-

matoire intense, avec développement excessif des capillaires, comme dans les descriptions de MM. Hanot et Gilbert. Au milieu de la coque de sclérose pulmonaire qui double les dilatations, on retrouve des amas inflammatoires qui expliquent la sclérose ; mais la spécificité de la lésion nous échappe encore.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur les difficultés de diagnostic dans ce cas ; elles étaient augmentées par la bilatéralité des lésions plutôt que par l'hémoptysie, qui, même à ce degré n'est pas, comme on le sait maintenant, un phénomène rare dans les dilatations bronchiques.

M. CORNIL. Quand on cherche la source de l'hémorrhagie, on ne trouve que des vaisseaux capillaires extrêmement dilatés à la surface des bronches.

Ce fait est analogue à ceux de MM. Hanot et Gilbert.

Épithélioma de l'amygdale, par M. LUBET-BARBON, à l'appui de sa candidature au titre du membre titulaire.

Il y a environ un mois M. X..., âgé de 62 ans se présentait à mon observation en se plaignant d'une certaine difficulté pour avaler. Il lui semblait que les aliments liquides ou solides, ces derniers surtout, avaient de la peine à franchir l'arrière-gorge et qu'il était obligé de faire un véritable effort à chaque mouvement de déglutition. D'après lui, ces accidents remontent au mois de novembre dernier, époque où une arête de poisson s'engagea dans sa gorge et produisit une sensation de piqure qui dura les jours suivants, s'amenda peu à peu et reparut en janvier. Depuis ce moment, les accidents ont augmenté graduellement et ils sont aujourd'hui assez pénibles pour qu'il se décide à demander un conseil médical. Il appartient à une communauté religieuse, dans laquelle la durée des repas est limitée et comme chaque mouvement de déglutition est précédé d'un temps d'arrêt, il ne peut arriver à satisfaire son appétit pendant l'heure réglementaire et il sort de table avec faim.

A part cela, il pense être très bien portant, n'a pas maigri et n'a pas senti ses forces décliner. On ne trouve rien de marquant dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

L'inspection du pharynx n'apprend rien de particulier ; l'amygdale du côté droit est un peu rouge et légèrement tuméfiée. La langue d'ailleurs se laisse difficilement déprimer et comme on ne peut l'abaisser suffisamment pour voir l'épiglotte, je cherche à me rendre compte de l'état de la région à l'aide d'un miroir laryngien. Dans ce miroir convenablement placé, on aperçoit une tumeur sessile, allongée qui part du pied de l'amygdale droite, près du sillon amygdalo-glosse, se dirige en dedans, entre la langue et l'épiglotte qu'elle cache presque en entier. Cette tumeur a l'aspect d'une framboise un peu longue et ressemble à un polype de l'amygdale. Au toucher on sent qu'elle repose

sur une base dure, assez large, ce qui n'est en général pas le fait de ces polypes et ce qui éveille dans l'esprit l'idée d'une tumeur moins bénigne. Il existe d'ailleurs au cou des ganglions bilatéraux auxquels le malade n'attache pas d'importance et dont, nous dit-il, il n'a jamais remarqué l'existence. Comme ce bourgeon par sa situation gêne les mouvements de l'épiglotte et paraît avoir une grosse part dans les troubles de la déglutition, je le sectionne au serre-nœud, sans déterminer de douleur ni de perte de sang.

Ce sont des coupes provenant de cette pièce que je présente à la Société. Voici ce que l'on observe : Au centre un tissu analogue comme structure au tissu ordinaire de l'amygdale, c'est-à-dire des follicules clos séparés les uns des autres par de faibles travées conjonctives. A la périphérie un épithélium stratifié qui entraîne le tout et tapisse des cryptes qui entrent profondément dans la tumeur. Dans le fond des cryptes, cet épithélium s'épaissit, il envoie dans l'épaisseur des tissus des prolongements qui aboutissent à des globes épidémiques très nets répandus çà et là par groupes de 3 à 4 au milieu de la coupe. C'est donc à un épithélioma pavimenteux lobulé que nous avons affaire.

D'ailleurs depuis cette époque le malade a été examiné, et on peut voir que la base de langue est envahie au devant de l'épiglotte et que la néoplasie a converti l'amygdale en une masse, dure au toucher, à peu près indolente et difficile à délimiter.

Les troubles de la déglutition ont diminué et M. X., a eu plusieurs petites hémorrhagies. L'état ganglionnaire est le même, mais depuis sa première visite il s'est affaibli, a maigri, ce qu'il attribue à l'insuffisance de son alimentation.

RÉFLEXIONS. — Ainsi voilà un homme porteur depuis trois mois d'une tumeur maligne dont le premier et seul symptôme est la dysphagie, et n'étaient la présence des ganglions et l'induration de la région, on aurait pu ne pas être mis sur la voie d'un diagnostic que l'examen anatomique est venu confirmer. En effet l'état général était bon, il n'y avait point cette coloration spéciale des tissus que l'on rencontre le plus souvent chez les personnes atteintes de tumeur malignes, pas de salivation, pas d'hémorrhagies au moment du premier examen. Et cependant le néoplasme est assez avancé pour avoir déterminé un engorgement ganglionnaire double et commencé à envahir la langue. Il est probable en effet que c'est aux dépens de l'épithélium de l'amygdale que s'est développée la tumeur puisque le bourgeon examiné est composé de tissu exactement semblable à celui de cet organe.

L'épithélioma primitif de l'amygdale n'est pas extrêmement fréquent. Il est en général consécutif à celui de la base de la langue (Duplay). Mais dans bien des cas, les malades se présentent avec des lésions trop avancées pour qu'on

puisse dire exactement dans quel organe est le point de départ. MM. Verneuil et Demarquay ont insisté sur ce fait que le cancer de la langue commençait souvent par des lésions siégeant sur le sillon amygdalo-glosse.

Mais l'amygdale peut être atteinte isolément (1) et cet envahissement ne se traduira que par des troubles de la déglutition. C'est ce que Castex appelle la forme pharyngée du cancer de l'amygdale. Cet auteur décrit encore la forme auriculaire et la forme ganglionnaire, suivant les accidents qui prédominent.

Dans la plupart des cas, le début est obscur, il ne se traduit que par un petit nombre de signes ; l' mal se développe sans éclats pendant un temps assez long et lorsque effrayés par la persistance d'un phénomène ou l'apparition d'un nouveau symptôme plus alarmant (hémorrhagies, névralgies intenses) les malades se présentent au médecin, il n'est plus temps d'intervenir d'une façon efficace. C'est le cas chez M. X...

Anomalie d'origine de l'artère thyroïdienne supérieure, par E. POTHERAT, prosecteur à la Faculté.

J'ai eu plusieurs fois l'honneur de présenter à la Société des anomalies artérielles en insistant sur l'importance opératoire de ces anomalies ; tout récemment encore j'ai pu montrer une artère carotide primitive gauche naissant avec la carotide et la sous-clavière droites d'un tronc commun, et une artère thyroïdienne moyenne naissant de la carotide primitive.

Aujourd'hui, je vous montre sur cette pièce une *thyroïdienne supérieure* gauche, de volume et de distribution normaux, se détachant de la carotide primitive, à 18 millim. environ au-dessous de la bifurcation normale de celle-ci. La première branche que fournit la carotide externe est l'artère linguale, et elle naît tout près de la bifurcation. Il suffit de regarder cette pièce pour comprendre l'intérêt de cette anomalie artérielle, eu égard à la ligature de la carotide externe ; dans une pareille condition, faite immédiatement au-dessus de l'origine de la thyroïdienne, ou même à égale distance de la thyroïdienne et de la linguale, la ligature porterait sur la carotide primitive, et par suite arrêterait le cours du sang dans les deux carotides.

Je ferai, en outre, remarquer ici que, tandis que la carotide primi-

(1) PASSAGUAY. Th., Paris, 1873. — DEREQ. Th., Paris, 1887. — PIÉRIN. Th., Paris, 1889.

tive d'une part, et la carotide interne d'autre part, présentent un volume à peu près normal, la carotide externe présente un volume notablement réduit, ce qui s'explique par la perte d'une de ses principales branches.

Cette anomalie de la thyroïdienne supérieure est d'ailleurs, je m'empresse de le dire, très rare. Je l'ai recherchée dans les pavillons de dissection sur un grand nombre de sujets ; je n'en ai pas trouvé un second exemple. Cette rareté explique que les auteurs, et en particulier Marcellin Duval, dont le *Traité* est si riche en anomalies artérielles intéressantes, n'en fassent pas mention. Cependant je dois faire remarquer que M. G. Marchant, dans son article *Vaisseaux thyroïdiens*, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, en signale 7 exemples : 4 dus au professeur Dubreuil, 2 au professeur Farabeuf, et un cas personnel à l'auteur. Dans ces cas l'artère carotide primitive se bifurquait à sa hauteur normale, ce qui est le cas ici, et cependant l'anomalie est unilatérale, car elle n'existe que du côté gauche, de sorte qu'ici les deux thyroïdiennes supérieures ne naissent pas à la même hauteur des deux côtés, contrairement à ce qui s'observe dans cette anomalie curieuse relatée par M. le professeur Farabeuf, où la carotide primitive d'un côté se bifurquant tardivement, la thyroïdienne supérieure prend son point d'origine à la hauteur normale, par conséquent sur la carotide primitive.

Arthropathie ataxique.

M. Mossé (de Montpellier) fait hommage à la Société d'un travail sur les arthropathies ataxiques ; il admet trois types :

a) Le type *classique* ou *atrophique* avec disparition d'une partie des surfaces articulaires, des ligaments : fractures, et luxations.

b) Le type *hypertrophique* avec augmentation de volume des épiphyses, stalactites osseuses, ecchondroses ou exostoses, érosion et éburnation des cartilages, altérations des cartilages ; arthrophytes.

c) Le type *mixte* qui présente la coexistence des lésionsrolifératives et destructives ; c'est le type le plus fréquent.

Mode d'emploi de l'orcanette et de la chlorophylle pour la coloration de la graisse dans les lésions du système nerveux, par le Dr MINOR, privat docent à l'Université impériale de Moscou, membre correspondant.

Dans le 38^e fascicule des Bulletins de la Société anatomique de Paris, paru en décembre 1888, je trouve dans le compte rendu de la séance du 28 décembre la note de M. Ch. Achard : « Sur l'emploi de quelques réactifs colorants de la graisse et de la myéline ».

Dans cette intéressante communication M. Achard décrit, entre autres, une méthode de coloration des corps granuleux par la teinture d'orcanette. Dans ce but il prépare par la méthode de congélation des coupes de la moelle préalablement durcie dans le liquide de Müller pendant un mois environ. La couleur même se prépare en traitant par l'alcool à 90° les racines d'orcanette pendant plusieurs jours ; la coloration des coupes s'obtient en plongeant celles-ci dans la teinture pendant deux heures environ.

A propos de cette note il me semble d'un certain intérêt de communiquer quelques-unes de mes observations personnelles sur le même sujet.

Au sujet de l'orcanette employée, comme réactif histologique, il faut noter, que cette couleur se trouve mentionnée déjà depuis longtemps non seulement dans Orth, mais aussi dans d'autres manuels d'histologie, par exemple dans le livre de Frey « Das Mikroskop » de l'édition de 1881.

Mes premières expériences sur cette couleur, comme réactif colorant des corps granuleux, ont été faites pendant l'été 1886, et les préparations correspondantes ont été montrées par moi dans une assemblée de neurologistes de Moscou, à la fin de l'année 1886. J'ai fait la communication complète le 16 mars 1887 à la *Société physico-médicale universitaire de Moscou* (voir le 2 des *Bullet. de cette Société*, févr.-mars 1887).

Dans cette séance de la Société physico-médicale, j'ai montré, outre les préparations des corps granuleux, colorés par l'alcanina, des préparations traitées par une autre couleur qui, il me semble, n'est pas encore notée dans la technique histologique, la *chlorophylle*. Après un durcissement des morceaux de la moelle ou du cerveau, pendant 3 à 4 semaines, dans une solution de bichromate de potasse

à 2 1/2 pour cent, je prépare les coupes par la méthode de congélation. Cependant, il faut remarquer que non seulement en général, mais aussi spécialement pour la recherche des corps granuleux, la méthode de congélation n'est pas du tout une chose nouvelle. Ainsi, déjà en 1870, Simon (voir *Archiv. für Psychiatrie*, t. II, H. 2, p. 350) employait cette méthode dans ses recherches sur les corps granuleux, aussitôt après les importants travaux de Westphal sur ce sujet.

Je prépare la teinture d'orcanette, non pas avec des racines. Chez nous, en Russie, cette couleur se vend préparée sous la forme d'un onguent épais, qui nous vient d'Allemagne, sous le nom : *alkannine*. C'est aussi l'onguent que vend l'atelier des réactifs microscopiques de Grüber à Leipsick. La teinture s'obtient en agitant 0,50-1 gram. de cet onguent avec 50-75 c. c. d'alcool absolu pendant quelques minutes, après quoi elle doit être soigneusement filtrée. Les préparations s'y colorent pendant 1/2-1 minute. Soigneusement lavées dans de l'eau, qu'on doit changer 2-3 fois, elles sont montées dans la glycérine ou ichtyocolle-glycérine (1).

L'autre couleur, la chlorophylle, nous vient de l'étranger, aussi sous la forme d'un onguent vert foncé et s'emploie chez nous particulièrement pour la falsification des huiles minérales dans le but de leur donner la nuance de l'huile d'olives. Je prépare la teinture de chlorophylle de la même manière que celle d'alkannine, et la coloration des coupes exige de 5-15 minutes.

Les corps granuleux reçoivent alors une magnifique teinte verte. Cette couleur ne se gâte pas aussi promptement que celle d'alkannine, cette dernière devenant avec le temps de plus en plus brune.

Le principal inconvénient de la coloration par l'alkannine consiste en cela, qu'après le lavage des coupes dans l'eau il reste sur la préparation un sédiment des gouttes d'alkannine de grandeurs différentes.

Ce sédiment défigure les préparations et empêche leur

(1) Je prépare celle-ci en faisant macérer dix gr. d'ichtyocolle pure dans 100 c. c. d'eau, à laquelle j'ajoute 30 c. c. de glycérine pure. Après 2 heures de macération, je fais bouillir ce mélange jusqu'à la dissolution presque complète de l'ichtyocolle ; après avoir filtré à chaud ce mélange, j'évapore le liquide jusqu'au tiers de son volume, j'ajoute à la fin un peu de camphre ou d'acide phénique.

examen. On ne peut éviter cet inconvénient en traitant les coupes colorées par l'alcool qui les décolore presque momentanément.

Dans le but d'obtenir une couleur plus stable j'ai modifié le premier procédé et j'emploie pour le moment la méthode suivante :

Je prépare une solution d'hydrate de potasse de 0,05 gr. sur 100 c. c. d'eau à laquelle on ajoute 0,5 gr. d'albumine. En agitant on obtient une solution bleue très foncée, due à ce que l'extrait d'alkanna traité par un alcali est très soluble dans l'eau. On filtre cette solution et on ajoute au liquide filtré avec précaution, goutte à goutte, de l'acide sulfurique concentré jusqu'à ce que la solution change de nouveau sa couleur en rouge ardent grâce à la formation d'un épais précipité d'alkannine, qui n'est pas soluble dans l'eau.

Après avoir filtré ce mélange, nous obtiendrons sur le filtre toute l'alkannine précipitée, celle-ci doit être soigneusement et plusieurs fois lavée sur le filtre même avec de l'eau froide pour éloigner les restes d'acide ou d'alcali. Cette opération finie, on dissout l'alkannine sur le même filtre en l'arrosant lentement avec de l'alcool à l'aide d'une pipette. On obtient ainsi une solution rouge assez claire, dans laquelle les coupes sont placées de 3-4 jusqu'à 24 heures. Ces préparations avant d'être montées dans la glycérine peuvent être rapidement lavées, sans danger, dans l'alcool. Obtenues par cette méthode les préparations sont très pures et plus stables que celles colorées par la simple teinture d'alkanna.

En général la coloration par l'alkannine et par la chlorophylle est loin d'être inaltérable, mais elle suffit pour les démonstrations, les photographies, pour les dessins et elles peuvent être transportées. Elle est meilleur marché que la coloration par l'acide osmique et la structure des corps granuleux se conserve absolument par cette méthode, ce qu'on n'obtient pas par l'acide osmique, qui couvre les corps granuleux d'un précipité noir très épais. Les plus belles préparations s'obtiennent dans les parties très sclérosées, comme par exemple dans les lésions les plus intenses de la sclérose en plaques (les coupes mêmes doivent être toujours très fines) ; les parois des vaisseaux infiltrées de corps granuleux donnent des images très démonstratives.

M. ACHARD. — A propos de cette intéressante communica-

tion, je rappellerai que mes premières recherches sur l'emploi de l'orcanette ont paru en février 1887 dans les *Archives de physiologie* et que, par une coïncidence singulière, elles avaient été faites dans le courant de l'année 1886, c'est à-dire exactement à la même époque que celle de M. Minor, dont les résultats ont été publiés, comme nous l'apprend l'auteur, en mars 1887.

J'ai reconnu fréquemment, ainsi que M. Minor, la présence des petits grains formés par la matière colorante précipitée, dans les préparations mal lavées ou plongées dans une teinture insuffisamment claire. Mais ces granulations sont d'ordinaire sans inconvénient notable, du moins lorsqu'il s'agit de colorer la myéline, puisque les préparations doivent être examinées presque toujours à de faibles grossissements. Je crois donc que, dans la pratique courante, on pourra s'en tenir au procédé qui offre l'avantage d'une plus grande simplicité.

Insuffisance mitrale et épithélioma ulcéré du col utérin, par M. TISON, medecin en chef de l'hôpital St-Joseph.

M^{me} T..., née Pauline P..., âgée de 48 ans, employée de commerce, est transportée à l'hôpital St-Joseph le 17 mars 1889.

Parmi ses antécédents héréditaires on peut indiquer son père mort, à l'âge de 29 ans, d'une maladie ?

Sa mère, morte à l'âge de 50 ans, d'une hypertrophie du cœur. La malade est née à Paris. Sa santé a été bonne. Réglée à 16 ans, elle est restée bien réglée jusqu'à l'âge de 46 ans. Elle s'est mariée et a eu au moins deux enfants encore vivants. A partir de 46 ans, les règles sont devenues irrégulières. Depuis cinq mois elles ont complètement cessé.

Il y a deux ans, elle a éprouvé des douleurs rhumatismales dans l'épaule et à la cheville du pied, douleurs qui n'ont pas été assez intenses pour l'empêcher de sortir. Jamais elle n'a éprouvé d'attaque franche de rhumatisme articulaire aigu.

Au commencement du mois d'octobre 1888, la malade a éprouvé dans les reins des douleurs aiguës qui s'exaspéraient la nuit. En même temps elle remarqua qu'elle perdait facilement ses urines. Elle fut obligée de se garnir à cause d'un suintement vaginal continu, accompagné d'une odeur désagréable. A cette époque, les urines étaient troubles et chargées. Toutefois ces douleurs et ses inconvénients ne empêchaient pas de continuer un emploi de caissière jusqu'au 25 décembre suivant, époque où l'aggravation des douleurs lombaires l'obligèrent à cesser ses occupations.

Le 8 février 1889, des pertes utérines abondantes surviennent pendant quatre jours ; aussitôt apparaît sur les malléoles un œdème qui s'étend successivement les jambes et les cuisses, et infiltre complète-

ment les deux membres inférieurs dans l'espace de quinze jours. A cette époque, apparaît également une toux, revenant par quintes, surtout la nuit, toux sans dyspnée et sans expectoration. La malade urinait moins qu'auparavant, mais elle n'a jamais cessé d'uriner.

Depuis le mois d'octobre, son sommeil était moins bon à cause des douleurs qui la réveillaient ou l'empêchaient de dormir. Le sommeil n'est pas revenu quand les douleurs ont cessé. A cette époque, elle devint plus altérée, au point de boire un litre de liquide de plus qu'à l'ordinaire.

Bien avant l'invasion de la maladie actuelle, elle éprouvait de fréquentes palpitations de cœur. Elle s'essouffait pour la moindre fatigue.

Comme boisson habituelle, elle prenait environ un demi-litre d'eau rouge, et trois fois du café par jour. Elle ne présente aucune trace d'alcoolisme.

A son entrée dans la salle Ste-Mathilde, on constate que si les douleurs lombaires ont complètement disparu, les membres inférieurs sont toujours énormément oedématisés. La peau est tendue, à l'apparence capitonnée ou matelassée, la moindre pression du doigt laisse une empreinte profonde et durable.

La jambe gauche un peu plus grosse que la droite a une circonférence de 0^m,70 centim. dans son tiers supérieur. De distance en distance, on voit sur ces membres oedématisés de petites veines bleuâtres. Cet oedème est douloureux.

La malade urine fort peu, ses urines examinées le jour même sont acides, contiennent peu d'albumine, mais pas de sucre.

La malade ne tousse pas, l'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'anormal dans les poumons.

L'auscultation du cœur révèle un bruit de souffle doux mais très intense au premier temps et à la pointe. Le pouls est petit et rapide. Il n'y a ni fièvre, ni frissons.

Les symptômes concernant l'émission involontaire des urines et l'écoulement fétide du vagin réclamaient l'examen par le toucher, mais une obésité excessive et l'oedème extraordinaire des cuisses qui les tenait rapprochées l'une contre l'autre étaient un obstacle trop sérieux à cet examen qui n'a pu être fait, bien que dès lors on soupçonnât la présence d'un épithéliome du col de l'utérus, soupçon que l'insuccès de la médication ne fit que confirmer quelques jours plus tard.

En raison de la lésion mitrale, nettement accusée par le bruit de souffle, les palpitations antérieures et l'état du pouls, je prescrivis matin et soir une pilule d'extrait de *Strophantus* de Catillon, de la tisane de queues de cerises, le régime lacté et des lavages fréquents sur le siège qui commençait à s'entamer et qu'on devait lubrifier avec de la vaseline boriquée. Il fut recommandé de recueillir autant que possible, toutes les urines de la malade.

Le 19 mars on recueille 750 centimètres cubes qui ne représentent pas la totalité des urines émises, car il y a toujours de l'incontinence.

Le 20. Les urines examinées de nouveau sont acides et elles ne contiennent pas d'albumine. Leur densité est 1014.

Le 21. On recueille un litre d'urine et je prescris trois pilules d'extrait de *Strophantus*.

Le 22. Il y a deux garde-robes provoquées par une purgation et

on ne peut recueillir que 600 c. c. d'urine. Il se déclare une petite hémorrhagie utérine.

Le 24. On donne quatre pilules d'extrait de *Strophantus* qu'on continue jusqu'au 27 inclusivement. Les urines ne paraissent pas augmenter de volume sous l'influence de ce traitement quand le 28 il survient un peu de diarrhée. Cependant aucun changement ne s'est produit dans l'état général, les membres inférieurs sont toujours aussi œdématisés.

Le 28. Je prescris 0,60 centigr. de poudre de digitale en macération dans 150 gr. de julep gommeux. Cette médication est continuée trois jours de suite sans d'autre résultat que des envies de vomir.

Le 31. Je fais administrer 0,60 centigr. de citrate de caféine dans une potion. Le soir la malade se plaint de violentes douleurs abdominales. Un cataplasme la soulage un peu, mais bientôt la douleur augmente d'acuite au point qu'on fait deux piqûres d'éther.

La malade meurt le 1^{er} avril, à 2 heures du matin, avec tous les phénomènes de l'asphyxie.

L'AUTOPSIE est pratiquée le lendemain 2 avril, à trois heures de l'après-midi.

Le poumon droit est sain. Du côté gauche il y a quelques adhérences à la paroi du thorax. Le poumon est congestionné. Par la pression, on sent des noyaux durs que la coupe montre ramollis au centre. Ces noyaux remplis d'une bouillie noirâtre leur centre, présentent tous les caractères de la gangrène pulmonaire, mais ils n'en ont pas l'odeur caractéristique. Avant sa mort la malade n'a ni craché ni expectoré; elle n'a rien présenté, en un mot, qui put faire soupçonner cette gangrène.

Le cœur est gros, surchargé de graisse, et hypertrophié. Il pèse 565 gr. complètement lavé et débarrassé de tous ses caillots. L'orifice aortique ne présente pas d'insuffisance, mais il y a quelques plaques athéromateuses dans la première portion de l'aorte, au-dessus des valvules sigmoïdes. La valvule mitrale présente sur un de ses voiles des épaississements qui expliquent le bruit de souffle et l'insuffisance. Les parois du ventricule gauche sont épaissies on a affaire ici à une véritable hypertrophie, et non à une dilatation.

La rate est hypertrophiée, elle pèse 260 gr.

Le rein droit est petit, son poids est de 145 gr. Il présente tous les caractères du rein qui accompagne le cancer de l'utérus. Les calices sont dilatés, ainsi que l'uretère. Il est pâle et d'aspect graisseux. Il ne présente pas la réaction de la matière amyloïde quand on le touche avec l'iode. Le rein gauche tranche par sa teinte colorée sur la pâleur du rein droit; il paraît normal. Son poids est de 197 gr.

Le foie est gros, hypertrophié et complètement gras. Il pèse 2230 gr. Il ne présente aucun noyau cancéreux. Il ne présente pas la réaction amyloïde quand on le touche avec l'iode.

Le petit bassin est rempli d'un pus séreux et verdâtre dans lequel les anses intestinales baignent. Le grand épiploon est surchargé de graisse, comme le sont du reste tous les organes de la malade qui possédait encore un notable embonpoint.

Le vagin est rempli d'une matière putrilagineuse et noirâtre. En le sondant longitudinalement, on découvre alors le côté de l'utérus complètement transformé en une bouillie grisâtre qui l'a ulcéré et fait dis-

paraître. Il est facile d'y reconnaître un épithélioma déjà avancé qui a dû débiter par la portion vaginale du col sans attaquer, primitivement du moins, la muqueuse utérine. Car en fendant longitudinalement l'utérus on trouve cette muqueuse saine. On a donc affaire à la première variété de l'épithélioma du col dont parle M. le professeur Cornil dans ses *leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus*, etc.

Le fond de l'utérus est occupé par un fibrome de la grosseur d'un œuf de pigeon, mais plus sphérique qui est plutôt sous-péritonéal qu'interstitiel.

Les ligaments larges sont infiltrés de pus. Les ovaires sont ramollis, en les pressant entre les doigts, ils s'écrasent en laissant échapper une bouillie verdâtre et purulente. L'artère utéro-ovarienne est obstruée par des caillots au voisinage de l'ulcération du col. Il ne faut pas confondre cette disposition avec un ganglion enflammé ainsi que le fait remarquer M. Poirier.

La vessie et le rectum ne présentent aucune altération si ce n'est que l'urètre possède un calibre plus grand qu'à l'état normal.

Le cerveau n'a pas été examiné. Je rappelle que le cadavre présente un tissu adipeux très développé non seulement sous la peau mais dans tous les organes.

En somme, cette malade avait cinq de ses principaux organes atteints et altérés ; le col utérin envahi par un épithélioma, le rein droit amaigri, pâle, avec dilatation de l'uretère, du bassinet et des calices, le foie hypertrophié et gras, le cœur hypertrophié et présentant la lésion de la valvule mitrale caractéristique de l'insuffisance, enfin le poumon atteint de plusieurs îlots d'une altération analogue à la gangrène pulmonaire.

Séance du 12 avril 1889.

PRÉSIDENCE DE M. POIRIER

Fistule biliaire, par M. L. DE SAINT-GERMAIN, interne des hôpitaux.

Cette femme, qui a été opérée de cholécystotomie par M. Jalaguier, alors qu'elle présentait déjà des sommets suspects au moment de l'opération, est venue mourir de phthisie pulmonaire dans le service de M. Troisier, le 19 mars dernier. M. Jalaguier a rendu compte de l'autopsie à la Société de chirurgie le lendemain.

Après avoir eu depuis le mois de septembre 1887 une série de coliques hépatiques accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux, la malade a vu cesser complètement ces derniers à partir du 22 juillet ; en même temps l'ictère est apparu, ictère très foncé donnant aux conjonctives une *teinte verdâtre* ; aux urines une *teinte noirâtre*. Les selles sont alors devenues complètement blanches. Le foie s'est montré douloureux à partir de ce moment ; enfin une tumeur

piriforme de la grosseur d'un petit œuf de poule a fait son apparition sous le rebord costal.

C'est dans ces conditions que M. Jalaguier a pratiqué la laparotomie. La ponction de la vésicule biliaire distendue a donné issue à un liquide absolument clair, vierge de tout pigment. Puis en levant le premier pansement on a pu constater l'écoulement de bile par la fistule.

L'AUTOPSIE a donné l'explication de ce phénomène : l'accès de la vésicule biliaire était défendu à la bile par une coudure du canal cystique, coudure qui fut redressée pendant l'opération, sans doute à la suite de tractions exercées sur la vésicule par le chirurgien.

Disons enfin que le canal cholédoque était oblitéré par un calcul volumineux et que la bile, ne pouvant se faire jour du côté de l'intestin, a continué jusqu'au dernier jour de sourdre par l'orifice cutané.

A l'autopsie, nous avons trouvé un foie marbré, présentant des taches vert foncé tranchant sur un fond jaune : étant donné cet aspect du foie, étant donnée cette particularité que nous rappelons, à savoir que la malade avait paru résorber sa bile en totalité du 22 juillet au 11 août, jour de la ponction de la vésicule, laquelle était vide de bile, étant données ces circonstances, nous avons pensé que nous nous trouvions en présence d'un foie sinon analogue, du moins ressemblant un peu à celui des animaux qui ont subi la ligature du cholédoque.

Examen histologique du foie. — Transformation vésiculograsseuse des cellules hépatiques dans presque tous les lobules. Cellules pigmentées en assez grand nombre. En certains points hyperplasie nodulaire. De plus, élargissement des espaces portes sous forme de plaques de sclérose envoyant des prolongements fibrillaires qui dissèquent les éléments et les séparent. Quelques canalicules biliaires néoformés. Enfin zones de sclérose peu accentuées autour des veines sus-hépatiques.

Kyste synovial de la gaine du fléchisseur propre du gros orteil, avec corps étranger d'origine articulaire,
par MM. P. POIRIER, agrégé, chef des travaux, et C. DU BOUCHET, étudiant.

La pièce que nous vous présentons a été recueillie sur un sujet du sexe masculin, âgé de 40 ans environ, servant aux dissections de l'École pratique.

Le kyste occupe toute la longueur de la gaine séreuse du muscle long fléchisseur, dont il reproduit la forme ; il commence donc au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, et se prolonge jusqu'au niveau de la médio-tarsienne ; il ne communique pas avec la synoviale propre du fléchisseur commun ; il est rempli, comme le sont d'ordinaire ces sortes de tumeurs, d'une matière semblable à de la gelée de aine ; au niveau de son cul-de-sac supérieur, ce kyste présente un orifice arrondi, ayant 0^m,004 de diamètre environ, et qui communique très largement avec l'intérieur de l'articulation.

En ouvrant ce cul-de-sac supérieur du kyste, nous en faisons sortir immédiatement un corps étranger d'aspect blanchâtre, ayant la forme

d'une lamelle mamelonnée, de 2 centim. de long sur 6 millim. de large et 2 d'épaisseur, qui rappelle complètement l'aspect des corps étrangers articulaires (arthrophytes).

En ouvrant l'articulation tibio-tarsienne, on y trouve, avec un léger épanchement de synovie rougeâtre, une perte de substance, siégeant au niveau du bord antérieur de la mortaise tibiale. Allongée transversalement, cette perte de substance reproduit complètement l'aspect et les dimensions du corps étranger que nous avons trouvé dans le kyste tendineux ; au fond de la perte de substance, on aperçoit le tissu osseux mis à nu, et à la périphérie sont de petits mamelons cartilagineux. Cette perte de substance reproduit donc les caractères de celles que l'on est accoutumé de trouver dans les articulations présentant les lésions de l'arthritisme ; si l'on pouvait conserver un doute à cet égard, l'examen des articulations voisines, et notamment celui de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, qui présente des altérations manifestes, ne laisse aucun doute à cet égard.

RÉFLEXIONS. — Voici donc un kyste synovial tendineux résultant de la communication de la gaine tendineuse avec l'articulation tibio-tarsienne. L'aspect de l'arthrophyte, les dimensions de l'orifice de communication des deux séreuses, la perte de substance tibiale reproduisant le moule exact de l'arthrophyte, ne permettent point de doute sur l'origine du kyste et du corps étranger qu'il contenait. La communication s'est faite dans ce cas, comme dans tous les autres, au point où les synoviales tendineuses et articulaires s'adossent entre les fibres écartées du ligament péronéo-astragalien postérieur.

M. CHAPUT. — Dans une communication antérieure de M. Lejars, relative à un kyste ganglionnaire du poignet engainant l'artère radiale, j'ai déclaré que d'après mes dissections j'avais remarqué une relation constante entre les ganglions et des lésions d'arthrite sèche siégeant et dans l'articulation siège du ganglion et dans les articulations qui sont le siège de prédilection de l'arthrite sèche.

Je constate avec plaisir que la pièce de M. Poirier vient à l'appui de cette opinion.

J'ajouterai que si l'on n'a pas constaté antérieurement des lésions d'arthrite sèche, c'est sans doute parce qu'on ne les a pas suffisamment cherchées. On ne peut affirmer qu'un sujet n'a pas d'arthrite sèche avant d'avoir spécialement ouvert l'articulation du genou et la métatarso-phalangienne du gros orteil qui sont plus spécialement le siège de ces lésions.

M. HARTMANN considère que la notion exacte de la nature du corps étranger pourrait éclairer l'origine du kyste.

M. POIRIER. — M. Chaput rappelle qu'à propos d'une de mes précédentes communications sur le même sujet, il avait émis l'opinion que ces kystes synoviaux compliquaient souvent l'arthrite sèche, et il fait remarquer que ce cas confirme l'opinion qu'il a émise. Je ne le nie point : cependant je répète ce que je répondis alors : les kystes synoviaux (ganglions du poignet) sont la plupart du temps constitués par des hernies synoviales et ils compliquent surtout les arthrites avec épanchement ; aussi les rencontre-t-on principalement chez les sujets jeunes dont les articulations ont été surmenées par un travail quelconque ou sont devenues spontanément le siège d'un épanchement ; quelquefois ils apparaissent brusquement à l'occasion d'un mouvement un peu forcé, quelquefois ils se montrent peu à peu.

Kyste fœtal tubaire ayant évolué jusqu'à terme et retenu pendant 14 mois, par M. P. MANTEL, interne des hôpitaux.

Cette pièce est un exemple rare d'un kyste fœtal tubaire ayant évolué sans accident jusqu'au terme normal de la grossesse, et qui a été extirpé après 14 mois de rétention.

La nommée Guny, âgée de 34 ans, entre le 18 mars 1889 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. le Dr Terrier, salle Chassaingnac, n° 14.

Rien dans les *antécédents héréditaires*, une sœur a eu 11 accouchements laborieux (forceps).

Antécédents personnels. — Jamais de maladies sérieuses ; quelques accidents strumeux dans l'enfance et deux angines peu graves à l'âge adulte.

La menstruation s'est établie facilement à l'âge de 14 ans, mais elle a toujours été irrégulière et dans sa durée et dans l'époque de son apparition.

Mariée à 26 ans ; l'année suivante, en 1882, grossesse terminée après six semaines par un avortement qui ne paraît pas avoir laissé de traces sérieuses : hémorrhagies, douleurs, expulsion du produit de conception, en tout 10 jours de lit. Depuis lors quelques douleurs abdominales peu vives ; pas de ménorrhagies, ni de métrorrhagies, pas de eucorrhée. La santé de la malade se remet complètement.

En février 1887 un incident : sous l'influence du froid ou d'une émotion vive (à ce que dit la malade), suppression brusque des règles accompagnée de phénomènes plus sérieux, puisque le médecin appelé pensa à une pneumonie ; le tout céda d'ailleurs rapidement. En mars

et en avril 1887 la malade fut réglée comme à l'ordinaire. En mai, disparition des règles, et signes d'un début de grossesse, assez net pour qu'un médecin et une sage-femme aient pu lui affirmer qu'elle était enceinte.

Quinze jours après elle fut prise d'hémorrhagies utérines qui se reproduisirent chaque jour pendant 3 semaines, sans douleurs. Le ventre augmenta progressivement de volume en juin, juillet et août. En octobre la malade prétend avoir senti remuer son enfant.

Pendant les 6 premiers mois de sa grossesse, elle perdit d'une manière à peu près constante un liquide roussâtre et sanguinolent. Ces pertes s'arrêtèrent alors pour ne plus se reproduire.

A partir du 6^e mois albuminurie notable. Au 8^e mois, œdème généralisé (régime lacté absolu).

Au 9^e mois (6 mars 1888), faux travail durant 12 heures, pendant lequel la malade perd du sang et des caillots. Dès le lendemain, elle ne sent plus remuer son enfant. La sécrétion lactée s'établit et bientôt le ventre commence à diminuer de volume. Depuis lors la santé générale s'est rétablie entièrement; les règles reparurent en mai 1888, et revinrent chaque mois avec leur physionomie normale. A part quelques très rares douleurs et quelques troubles peu marqués de la miction, et il n'y a rien à signaler chez cette femme qui ne paraît même pas incommodée par sa tumeur abdominale.

Etat actuel. — A l'examen, on constate que le ventre ne porte aucune trace de distension prononcée; pas de vergetures. On perçoit nettement par le palper une tumeur assez volumineuse en forme de croissant, dure, solide, irrégulière, presque immobile et non douloureuse, située transversalement au-dessus du pubis.

Cette tumeur repose par ses deux extrémités dans les fosses iliaques et mesure 19 centim. dans sa plus grande largeur et 17 dans la hauteur. Au toucher la face antérieure du vagin est déprimée par la tumeur qu'on perçoit nettement derrière le pubis et qui à ce niveau paraît arrondie et plus molle. Le col de l'utérus, col de nullipare, dur, conique, assez long, un peu ramolli seulement au niveau de l'orifice regarde directement en arrière. L'utérus rejeté en arrière paraît à peu près immobilisé. La vessie aplatie est située tout entière entre le vagin et la tumeur. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement supplémentaire. L'examen au spéculum et le cathétérisme utérin, douloureux pour la femme, est difficile à pratiquer, n'ont pas été prolongés. La santé générale est excellente.

Opération. — Le kyste fœtal a été extirpé par M. Quénu le 5 avril 1889, qui en a donné la description complète dans les Bulletins de la Société de chirurgie (séance du 10 avril).

DESCRIPTION DE LA PIÈCE. — La tumeur présente la forme générale d'un cœur de carte à jouer.

Elle a une coloration rougeâtre, d'intensité variable suivant les points; elle est extrêmement dure en certains endroits, notamment au niveau des pôles fœtaux, plus molle au niveau du dos du fœtus, tout à fait mollassé au point qui correspond au placenta. Elle pèse dans sa totalité 1050 gr. et mesure 21 centim. dans sa plus grande largeur, 15 centim. de hauteur et 10 centim. d'épaisseur.

On peut lui décrire deux faces, trois bords, trois extrémités.

La face antérieure regarde en haut et en avant. Elle est à peu près

plane dans son ensemble. Elle était en rapport avec la paroi abdominale antérieure ; elle présente dans toute son étendue le revêtement extérieur de l'enveloppe du kyste avec les caractères que nous lui décrivons tout à l'heure.

La face postérieure regardant en bas et en arrière est manifestement convexe dans son ensemble. Elle présente à considérer une saillie arrondie, molle, déterminée par le placenta, et au niveau de laquelle on retrouve la trace d'une adhérence importante : celle qui unissait cette partie du kyste avec le rectum. A droite de cette saillie existe un sillon profond déterminé par la rupture accidentelle du kyste, et qui est constitué de la façon suivante : La berge gauche du sillon est formée par le placenta, la berge droite par toute la partie gauche de la tête fœtale, le fond du sillon est occupé de haut en bas, par le cou du fœtus et par son épaule gauche.

Cette face était en rapport avec le rectum auquel une adhérence intime l'unissait et avec l'utérus, par sa partie supérieure.

Des trois bords, le supérieur nettement concave répond au plan latéral droit du fœtus ; il était en rapport avec la masse intestinale.

Le bord gauche, alternativement concave et convexe, est recouvert par les membranes fœtales qui ne laissent apercevoir aucune des parties sous-jacentes ; ce bord répondait à la ligne innommée gauche et reposait sur la fosse iliaque du même côté.

Le bord droit, formé par la voûte du crâne du fœtus, répondait à la ligne innommée droite et à la fosse iliaque droite.

L'extrémité droite, la plus irrégulière, est occupée par la saillie que forme l'avant-bras droit du fœtus appliqué sur le crâne.

L'extrémité gauche arrondie, présente le point d'implantation du pédicule ; ce pédicule, large de 4 à 5 centim., est aplati transversalement, et présente dans son épaisseur des vaisseaux de volume variable, et semble contenir un grand nombre de fibres musculaires (il a été conservé et sera analysé au point de vue histologique).

L'extrémité inférieure est arrondie et présente à sa partie droite, l'extrémité du sillon que nous avons décrit à la face postérieure, et au niveau duquel on aperçoit l'extrémité postérieure du crâne fœtal. Cette extrémité inférieure plongeait toute entière dans le petit bassin et était en contact dans toute son étendue avec la vessie qui la séparait du vagin. C'est à ce niveau que les adhérences étaient les plus nombreuses.

Voyons maintenant comment est constituée cette tumeur : elle présente un contenant et un contenu. Le contenant, c'est le kyste fœtal ; l'*enveloppe extérieure* paraît être formée aux dépens de la trompe gauche : elle est épaisse, extrêmement résistante et adhère dans presque toute son étendue et de la façon la plus intime avec les membranes fœtales sous-jacentes : elle est d'une coloration rouge variable d'intensité et paraît contenir une notable proportion de fibres musculaires, elle n'offre en aucun point la transformation calcaire ni même de tendance vers cette transformation signalée comme un premier stade vers le lithopædion.

Elle paraît plus mince au niveau de la face postérieure où elle est en rapport avec le placenta ; ce qui s'explique puisqu'à ce niveau elle est pas doublée des membranes fœtales.

Elle offre en certains points des solutions de continuité plus ou

moins étendues ; les unes déterminées par la rupture des adhérences dont la plus remarquable siège à la partie postérieure, en rapport avec le rectum au niveau du placenta, et dont les autres ont été produites dans les diverses manipulations subies par la pièce.

Cette enveloppe extérieure contient un fœtus et ses annexes.

Le fœtus, du sexe féminin, pèse 660 gr. et présente une longueur de 35 centim. Il est relié transversalement dans le kyste : la tête à droite, le siège à gauche, le dos en avant.

Recroquevillé sur lui-même, il est fortement incurvé sur son plan antérieur qui dans l'espèce est concave en arrière ; les deux pôles fœtaux sont presque perpendiculaires au tronc.

Le pôle fœtal supérieur est parallèle au diamètre biacromial, l'ensemble de la tête ressemble à une tête fœtale réduite par le basiotribe ; le diamètre occipito-mentonnier mesure 13 centim., l'occipito-frontal 10 centim., le sous-occipito-bregmatique 7 centim., le bipariétal 5 centim. et le bitemporal 6 centim. La face complètement déformée est en partie méconnaissable : les deux branches du maxillaire inférieur sont luxées l'une sur l'autre au niveau de la symphyse : elles contiennent chacune des alvéoles nettement cloisonnés ; le nez et les yeux sont surtout méconnaissables.

La lame droite du frontal et le pariétal droit chevauchent sur leurs congénères ; les 2 pariétaux chevauchent sur l'occipital.

Les os du crâne se détachent avec la plus grande facilité : ils sont durs, l'ossification paraît complète.

Le thorax est complètement aplati d'avant en arrière, il est incurvé dans son ensemble : la colonne vertébrale forme une courbe nette vers la concavité droite : le diamètre biacromial mesure 12 centimètres.

Le pôle inférieur est le moins déformé et il se présente avec ses caractères normaux.

Les membres ont subi des déformations variables : d'une façon générale ils sont dans la flexion forcée : les os sont incurvés.

Le bras droit est replié au-dessous de la face du fœtus et la main est appuyée sur la fontanelle antérieure ; le membre supérieur gauche replié sur lui-même occupe la partie inférieure du kyste.

Les membres inférieurs sont fléchis sur le bassin, le fémur très incurvé mesure 8 cent. : le point osseux épiphysaire du fémur est très net. Les déformations des membres et de leurs différents segments rappellent d'une façon frappante certaines déformations du rhumatisme chronique.

L'encéphale est réduit à une pulpe rougeâtre poisseuse, conservant à peine à son extérieur le dessin des circonvolutions.

Le cœur complètement aplati est ramolli, néanmoins les différentes cavités en sont nettement distinctes. Les poumons aplatis, carnifiés sont réduits à une simple lamelle.

Foie volumineux, très mou.

La masse intestinale est réduite à une frange noirâtre qui suit le trajet du mésentère.

La peau du fœtus, paraît avoir conservé ses caractères normaux : elle ne présente aucune trace de macération ; elle est encore recouverte d'enduit sébacé abondant ; les cheveux sont conservés et assez longs, les ongles sont assez longs et bien conservés.

Ce qui paraît dominer comme altération, c'est la transformation adipo-cireuse.

D'ailleurs différentes parties du fœtus ont été conservées et seront examinées au microscope si cela est possible.

Restent les annexes.

Le *placenta volumineux* pèse 390 gr. et mesure 15 cent. sur 11 c., il est situé à la partie postérieure du kyste, et remplit tout l'espace laissé libre entre les 2 pôles fœtaux et le plan antérieur du fœtus, il est extrêmement irrégulier et n'offre en aucune façon la forme ni l'aspect du placenta normal.

La face maternelle n'offre aucune lobulation, aucune trace de cotylédons, elle est uniformément plane et paraît constituée par un cotylédon unique; très adhérente au tissu du kyste, il est néanmoins possible de l'en détacher comme dans une délivrance artificielle.

La face fœtale du placenta présente au contraire 3 lobes, ressemblant aux véritables cotylédons : deux latéraux et un central : le lobe central est très volumineux. Il mesure une épaisseur de 6 cent., à son niveau le tissu placentaire est admirablement conservé ; des deux cotylédons latéraux, le droit est plus volumineux, il est beaucoup plus dur et paraît scléreux, le gauche très aplati ne présente plus qu'un très faible degré le caractère du tissu placentaire : il rappelle à s'y méprendre l'aspect présenté par le placenta brightique. Cette face n'est pas, ou ne paraît pas recouverte par l'amnios, en tout cas on n'y retrouve en aucun point les ramifications des vaisseaux ombilicaux :

Le *cordon ombilical* long de 30 centim. est réduit à l'état d'un ruban aplati, très mince, dans lequel il n'est plus possible de distinguer ses éléments vasculaires et à plus forte raison le tissu muqueux qui a entièrement disparu : de l'ombilic fœtal il s'enroulait autour de la cuisse gauche et remontait autour du membre droit pour se rendre, après avoir passé en sautoir sur celui-ci, au placenta qu'il abordait au fond du sillon séparant le lobe central du lobe gauche.

A ce niveau, sans paraître se ramifier beaucoup, il plongeait dans les 2 lobes.

La plus interne des *membranes fœtales* n'a plus du tout ses caractères normaux : elle est absolument dépolie, imprégnée de la matière sébacée dont est recouvert le fœtus. On la détache assez facilement de la membrane sous-jacente. La caduque est épaisse et repose directement sur la membrane d'enveloppe à laquelle elle adhère intimement.

Pas de trace de liquide amniotique.

Kyste de l'ovaire avec élongation du pédicule, par M. DE LOSTALOT, interne des hôpitaux.

Le kyste a été opéré ces jours derniers par M. le Dr Pozzi, M^{me} Desm., 36 ans, mariée il y a 12 ans ; a eu 3 enfants dont le dernier a cinq ans ; le début de la maladie remonte à 2 ans ; à cette époque le ventre commence à grossir ; 6 mois plus tard surviennent des crises douloureuses immédiatement avant ou après les règles consistant en coliques très fortes accompagnées de vomissements, ainsi que d'un gonflement douloureux du ventre. Ces phénomènes ont été traités en

Espagne pour des coliques néphrétiques; cependant il n'y a jamais eu de calcul rendu, tout au plus a-t-on noté un dépôt briqueté des urines.

La malade a eu environ 16 ou 17 crises semblables, la dernière au mois d'août dernier. En janvier 1889, on a pratiqué à Périgueux une ponction au moyen d'un gros trocart; cette ponction a donné issue à 1/2 verre d'un liquide ressemblant à du café clair; un peu auparavant il y avait eu une crise de douleurs siégeant dans l'hypochondre droit avec sensation de neige écrasée au toucher.

Le 31 mars, M. Pozzi pratique l'examen du ventre de la malade: le ventre est globuleux comme celui d'une grossesse de 8 mois; on sent une tumeur arrondie bien limitée supérieurement, moins sur les côtés et en bas; elle est fluctuante uniformément sans portions solides sensibles; matité nette. Au toucher on trouve: le col élevé, dans l'axe, entr'ouvert, avec quelques points durs (œufs de Naboth), déclive à gauche; culs-de-sac libres; cependant celui de gauche est moins profond. L'utérus paraît être en antéflexion. L'urine ne contient ni albumine ni sucre. Après le repas, la malade est sujette à des accès de dyspnée; les phénomènes douloureux se terminent par d'abondantes éructations.

Opération, pratiquée le 6 avril. — A l'ouverture du ventre, on trouve le kyste adhérent par toute sa circonférence à l'épiploon, à la paroi abdominale antérieure et à l'intestin; ces adhérences étaient très vasculaires; après leur rupture assez facile, faite au moyen de la main introduite à plat entre le kyste et la paroi abdominale, le kyste a été ponctionné puis attiré à l'extérieur; M. Pozzi constate alors, *non une torsion du pédicule* ainsi que l'avaient fait prévoir les symptômes cliniques, mais une *élongation* de ce pédicule; celui-ci présentait une longueur de cinq à six pouces; il était de la grosseur d'une plume d'oie, d'aspect fibroïde, très peu vasculaire, donnant au toucher la sensation d'un gros canal déférent; la nutrition du kyste se faisait non par les vaisseaux du pédicule, mais par les nombreuses adhérences très vasculaires; le pédicule a été lié puis sectionné au ras de la tumeur, et réduit ensuite dans la cavité abdominale après cautérisation au thermocautère; l'opération a duré 25 minutes.

A l'ouverture du kyste, nous avons trouvé dans celui-ci une quantité de sang assez abondante, qui se présente sous forme de caillots fibrineux rétractés; en outre, on note des traces d'apoplexie interstitielle sous forme d'une vaste ecchymose noirâtre; vous pouvez voir les nombreuses adhérences qui englobent la tumeur de toute part.

Cette observation nous a paru très intéressante à publier, car je crois qu'elle est unique dans la science; nous avons consulté les différents auteurs étrangers et français qui se sont occupés des complications des kystes ovariens; nulle part nous ne trouvons relaté un fait d'élongation du pédoncule donnant lieu aux mêmes phénomènes que la torsion. En consultant les travaux de Rokitansky, d'Olshausen, de Schröder, de Lawson Tait, de Leopold qui ont spécialement traité cette question, ainsi que le mémoire de Terrillon communiqué à la Société de chirurgie en avril 1887, sur la torsion du pédicule,

nous voyons que les phénomènes cliniques cités plus haut, ainsi que leurs relations anatomiques (apoplexie kystique, adhérences) ont toujours été la conséquence de la torsion du pédicule ; tout au plus Spencer Wells et Koeberlé parlent ils de la possibilité d'un effilement du pédicule, par tractions exercées par des adhérences siégeant à la circonférence du kyste.

Quant au mécanisme de l'élongation, nous croyons pouvoir l'interpréter de la façon suivante :

Il y a eu d'abord des phénomènes de péritonite partielle, formation d'adhérences, apport sanguin considérable par ces adhérences, et développement rapide de la tumeur qui a déterminé l'élongation du pédicule ; les adhérences ont suffi à l'alimentation du kyste, sans que l'élongation et l'atrophie du pédicule aient eu d'autre conséquence que les hémorrhagies intra-kystiques, et peut-être la formation de nouvelles adhérences.

Péricardite tuberculeuse adhésive, par M. PAUL TISSIER, interne des hôpitaux.

J. Marie, 20 ans, ménagère, entre le 30 mars 1889, salle Ste-Anne, n° 3, service de M. le professeur Proust.

Antécédents. — Les parents de la malade vivent encore et sont bien portants. Elle n'a jamais fait de maladie grave. Elle porte au niveau du cou, à gauche, des cicatrices d'abcès scrofuleux.

Elle a commencé à maigrir et à se fatiguer, depuis plusieurs mois. Petite toux sèche, quinteuse, sans expectoration. Il y a un mois, gêne de la respiration, point de côté à droite. Depuis lors, toux fréquente, expectoration purulente et par moments sanguinolente, pas d'hémoptysie abondante.

Etat actuel, 31 mars. — La malade a le faciès plombé, terreux ; respiration fréquente (30 par minute). Pouls régulier, fréquent.

Rien à l'auscultation du cœur, pas d'ondulation précordiale ; matité très étendue de la base droite, en arrière, matité remontant en avant jusqu'au troisième espace intercostal. Absence de vibrations. Skodisme sous-claviculaire. Légère submatité à la base gauche. Œdème respiratoire à la base droite, souffle et râles sous-crépitaux fins à la pointe de l'omoplate. Voix chevrotante. Frottements au-dessus de l'épanchement, frottements à la base gauche. Au sommet droit, expiration prolongée, inspiration rude, à crans ; quelques craquements.

Abaissement du foie, non douloureux ; le bord inférieur arrive au niveau de l'ombilic.

Crachats, pyo-sanguinolents, visqueux.

Urine foncée, non albumineuse, très fortement urobilique. On fait le diagnostic de pleuro-pneumonie tuberculeuse. Température hier soir 39°, 2. Aujourd'hui 38°, 6 ; 39°, 7.

1^{er} avril. Temp. 37°,8; 39°,2. Même état.

Le 2. Dyspnée intense, langue nette, urines très urobiliques, abondante expectoration de crachats visqueux noirâtres, 39°,2; 39°,7.

Le 3. La matité augmente à droite, teinte un peu cyanique des extrémités, léger œdème des jambes, 38°,4; 38°,2.

Le 5. La température vespérale monte à 40°, pouls régulier, rapide. Rien du côté du cœur. Les bruits paraissent normaux. L'épanchement semble diminuer un peu, nombreux râles muqueux disséminés des deux côtés de la poitrine. Silence respiratoire à la base droite, frottements pleuraux dans l'aisselle gauche et à la base droite.

L'état général et local restent stationnaires. La thoracentèse ne semble pas indiquée, en présence de son siège à droite et de la présence de signes indiquant la participation du parenchyme pulmonaire au processus.

Le 10. Mort en quelques minutes avec cyanose.

AUTOPSIE. *Plèvre gauche.* — Epanchement d'une sérosité jaunâtre, peu abondante (500 gr. environ) avec flocons fibrineux, fausses membranes fibrineuses récentes sur les deux feuillets de la plèvre. Au sommet, adhérences caséuses, tubercules caséux enkystés à la partie supérieure du *poumon droit*.

Plèvre droite, épanchement abondant (1500 gr. environ) de même nature que du côté gauche, *poumon* affaissé, lobe inférieur splénisé. Thrombose de toutes les branches de l'artère pulmonaire correspondant à ce lobe. Pas de lésion de la tunique interne de l'artère pulmonaire. Pas de compression.

Péricarde. — Semis de granulations très discrètes au niveau de la face externe. Adhérence des 2 feuillets totale. On peut encore les séparer assez facilement au niveau du ventricule gauche, à la face antérieure du cœur.

Épaississement énorme des deux feuillets atteignant un centimètre à la partie postérieure. Sur la coupe on distingue par place de la matière jaunâtre caséuse, formant une mince couche interposée entre les deux feuillets épaissis et parsemés de granulations miliaires blanchâtres.

A la partie antérieure du ventricule gauche, les fausses membranes après la séparation, par une légère traction des 2 feuillets péricardiques, se montrent sous l'aspect d'une couche blanc jaunâtre, irrégulièrement mamelonnée.

Gros ganglions caséux à la base du péricarde.

L'examen de la matière jaunâtre y montre des bacilles de Koch. Rien aux valvules. Myocarde de coloration brun jaunâtre, foncée. Reins congestionnés. Rien au cerveau.

Rate assez volumineuse, friable, parsemée de petits points blanchâtres, vraisemblablement des tubercules miliaires. Foie volumineux, congestionné, gras, ainsi que le montre l'examen microscopique. La zone grasseuse périphérique atteint la moitié de l'épaisseur du lobule. Bile, contient une assez forte proportion d'urobiline. Rien au péritoine. Rien à l'intestin.

RÉFLEXIONS. — Cette observation rentre dans le cadre des faits que nous avons décrits dans un mémoire publié avec

M. le professeur Hayem dans la *Revue de médecine* de janvier 1889, et nous nous permettrons de montrer en quelques mots qu'elle en confirme les conclusions d'une manière frappante.

Cette variété de tuberculose péricardique est vraisemblablement assez commune, mais elle a été la plupart du temps une trouvaille d'autopsie. Rien en effet n'attire l'attention du côté du péricarde et le diagnostic dans le plus grand nombre des faits publiés a été posé entre une affection pleuro-pulmonaire et une affection hépatique.

Toujours identique à elle-même anatomiquement, la péricardite tuberculeuse adhésive, a évolué dans la plupart des cas avec les mêmes signes : épanchement pleural bilatéral, surtout marqué à droite, abaissement du foie et avec cela, rien du côté des organes de la circulation. Le pouls est régulier, les bruits du cœur sont normaux.

Certes si l'on pouvait assister à l'établissement de la symphyse, les signes stéthoscopiques perçus du côté du péricarde trancheraient aisément la question, c'est ce qui eut lieu dans un fait publié par M. Millard, mais il est loin d'en être ainsi.

M. POIRIER, remarque que les fausses membranes du péricarde ont tout à fait l'aspect des kystes à grains riziformes au début.

Tumeur du cervelet occupant la voûte du 4^e ventricule. — Ataxie des membres inférieurs ayant duré quelques jours, perte d'équilibre, nystagmus des deux yeux. — Tremblement limité au côté droit. — Contracture du même côté. — Mort dans le coma. — Endocardite, par M. G. CAUSSADE, interne des hôpitaux.

Lugot Octave, âgé de 5 ans 1/2, salle Barrier, entré le 17 novembre 1888 à l'hôpital Trousseau.

Antécédents héréditaires. — Le grand-père a 80 ans. Il est bien portant. Grand-mère morte à 72 ans de vieillesse. Père bien portant, n'a jamais eu de rhumatisme. Mère bien portante. Un autre enfant bien portant. Une sœur morte à 8 ans du croup.

Antécédents personnels. — L'enfant a été nourri à la campagne au biberon. Toujours bien portant. N'a eu que la rougeole, quelques rhumes.

Renseignements donnés par le père au moment de l'entrée de l'enfant à l'hôpital. — La maladie a commencé au mois de mars. Début par douleurs vives dans les genoux, dans les hanches, se propageant tout le long de la jambe, des deux côtés. Un médecin a

traité cette affection de rhumatismale et de croissance; cependant il n'y avait pas de gonflement articulaire, et l'enfant n'avait jamais eu de douleurs antérieurement à cette époque. L'enfant est resté couché pendant une quinzaine de jours, les jambes enveloppées. Frictions avec un liniment. Au bout de ce temps, il s'est levé, il marchait difficilement, mais la marche est redevenue peu à peu normale, comme avant. La marche est restée normale jusqu'au mois d'août, sans aucune douleur. A ce moment, l'enfant avait des maux de tête fréquents. Depuis le mois d'août, l'enfant a commencé à marcher difficilement, il marchait de travers, et la faiblesse était telle que l'enfant se cramponnait à tout ce qui l'entourait pour ne pas tomber. Peu à peu la marche est devenue de plus en plus embarrassée, aujourd'hui elle est absolument impossible. Depuis un mois l'enfant a de violents maux de tête, il a bon appétit, mais il a de fréquents vomissements alimentaires. Pas de diarrhée ni de constipation.

Renseignements complémentaires donnés par la mère : Avant le début de la maladie l'enfant comprenait bien, parlait bien, marchait bien (a marché à 1 an).

Il y a 6 semaines était très bien portant. Au mois de mars douleurs très vives, sans gonflement articulaire, durée 1 mois. Les jambes ont été faibles depuis le mois de mars, l'enfant ne marchait pas absolument comme avant. Avant le mois de mars, pas de maux de tête et intelligence développée. Depuis le mois de mars, céphalalgies fréquentes et intelligence de plus en plus médiocre. Avait très bonne mémoire. L'enfant commençait à savoir ses lettres. Avant le début, enfant très gai, turbulent, nerveux; depuis sa maladie, enfant mou, indifférent et incontinence des matières fécales.

17 novembre. L'enfant marche comme un ataxique. Il porte les deux jambes alternativement l'une devant l'autre par un mouvement brusque; la jambe se détache tout d'un coup du sol et est portée très en avant. Alors le pied est vivement appliqué sur le sol et y appuie par le talon. L'enfant exécute ainsi une dizaine de pas pendant lesquels son équilibre est instable; on est obligé de le soutenir pour l'empêcher de tomber en avant, en même temps on constate une certaine stupéfaction dans son regard: l'enfant est comme ahuri et hébété. La sensibilité est conservée. Pas de douleurs dans les membres. L'examen n'est pas poussé plus loin ce jour-là, mais on pensait bien avoir affaire à la démarche d'un ataxique et on admit l'enfant, pensant à une maladie de Friedreich.

Le 18. On soumet l'enfant à un nouvel examen et on constate que la plupart des phénomènes signalés la veille n'existent plus. L'enfant ressemble plutôt à un idiot, il perd sous lui ses matières fécales qu'il ramasse avec ses mains et qu'il veut manger. Il ne parle pas. On est obligé de le faire manger; il mange beaucoup et gloutonnement. Au dire de la mère, quelques jours avant son entrée, il avait perdu l'appétit, il mangeait peu et seul. La marche a changé totalement de caractère, l'enfant est mou comme un chiffon, c'est à peine si on peut le bouger dans son lit, il ne marche plus. Impossible de le faire tenir debout, même en le soutenant, il s'abandonne à son propre poids et se laisse tomber en avant. Impossible de le faire tenir sur une chaise. Il est indifférent à tout ce qui se passe autour de lui.

Le 23. Mêmes signes que précédemment. Quand on lui fait lever les bras, surtout le droit, il est pris de tremblement. Indifférence absolue.

Le 28. Avant-hier examen ophtalmoscopique. Les papilles sont saillantes ; leurs bords diffus, entourées d'un brouillard qui s'étend à un diamètre papillaire environ. Dans cette zone il est très difficile de mettre au point parce que les yeux de l'enfant sont très mobiles et qu'il ne peut rien fixer. Les veines sont dilatées et très tortueuses, elles décrivent dans leur trajet des anses très développées. Pas trace d'hémorrhagie. Papillo-rétinite. Pupilles dilatées égales. Fixité du regard. On ne peut fixer son attention.

Pouls 72 avec inégalité et irrégularité, sans manques. Sa tête retombe en arrière et ne peut être fléchi. Un vomissement alimentaire hier, un autre ce matin. Une selle en diarrhée. Ventre normal. Raie méningitique.

Le 29. Vomissement hier. Soupirs profonds. Indifférence. Se plaint des jambes. Pupilles égales et dilatées.

Constipation. Incontinence d'urine. Le ventre commence à se creuser.

Légers mouvements fibrillaires des 2 bras. Légères convulsions. Raideur de la nuque. Répond cependant aux questions qu'on lui pose. Pouls irrégulier, lent, inégal.

Le 30. Tremblement. L'enfant sort un peu de son coma. *Examen ophtalmoscopique* hier soir. Même état des pupilles et de la rétine ; à gauche une petite hémorrhagie le long d'une veine ? Les petits vaisseaux de la papille sont tortueux. Le soir M. le Dr Abadie confirme l'examen fait précédemment. Rétinite.

1^{er} décembre. Constipation. Calomel. Abattement. Somnolence. Tremblement persistant. Se plaint de douleurs dans les jambes.

Le 2. Irrégularité du pouls. Convulsions de 4 minutes siégeant dans le côté droit : jambe et bras. Les yeux pendant ces convulsions regardent en haut et en dehors. Nystagmus. Ptosis ; l'enfant ne peut fermer complètement l'œil droit. Cornée irrégulière à l'éclairage oblique.

Le 3. L'enfant est plongé dans un semi-coma. Les yeux hagards, la tête renversée en arrière, sans raideur de la nuque cependant. Il répond aux questions qu'on lui pose et avec une certaine précision, ayant cependant une grande hésitation dans la parole. Il dit qu'il a mal à la tête (région frontale). Tremblement des mains et des bras assez fréquent et continu, augmentant cependant quand on prie l'enfant d'étendre les bras. Ce tremblement est exclusivement limité au côté droit et au membre supérieur droit. Nystagmus léger, pupilles égales, de dilatation moyenne. Diarrhée ; ventre légèrement creusé. Pouls lent, irrégulier.

Raie méningitique. Respiration lente, irrégulière. Irrégularité dans le nombre et dans l'amplitude des inspirations ; 4 ou 5 fortes inspirations suivies de 6 ou 8 inspirations diminuant progressivement d'intensité, mais qui n'arrivent pas à l'apnée.

Soir. Grincement de dents. La pointe du pied est renversée en dedans. Le membre inférieur droit n'est pas paralysé, mais l'enfant semble le remuer moins souvent que le membre inférieur du côté opposé. Pas de contracture. Pas de trépidation épileptique au membre inférieur droit. Le tremblement du membre supérieur droit qui

consiste en secousses légères et fréquentes existe toujours. Pas de raideur de la nuque. Les réflexes patellaires sont abolis des 2 côtés. Le réflexe plantaire paraît aboli à droite, existe à gauche. L'enfant est plongé dans une torpeur plus profonde, il ne répond presque pas aux questions. Coma plus profond. Soupirs. Carphologie. La respiration offre toujours le même type que celui indiqué précédemment. Pas de fièvre.

Le 4. Constipation depuis hier. Mais 1 selle en diarrhée. Pas de vomissements. Ordinairement : incontinence des réservoirs. Répond : oui ou non et ne dit pas d'autres paroles.

Le 6. Pouls 72 à 80, irrégulier. L'enfant ne parle que par monosyllabes. Légères contractions rythmées des mâchoires. Tremblement des mains plus prononcé.

Le 7. Raideur de la nuque et du tronc. Bléphasmasme. Occlusion de l'œil droit plus difficile. Tremblement des mains plus marqué. Tremblement communiqué au tronc (semble siéger à droite).

Le 8. L'enfant pousse des cris depuis hier (rien de caractéristique). Ce sont de véritables vagissements. La respiration est lente, mais régulière. Le pouls est irrégulier en intensité et en fréquence. Le tremblement de la main droite est exagéré quand on la soulève. Au repos, tout mouvement cesse. Les pupilles sont toujours dilatées. L'enfant boit bien. Pas de réflexes patellaires.

Le 9. Rougeurs spontanées. Cris. Pupilles dilatées. Répond. Porte la main à la tête. Abattement croissant. Selle hier. L'enfant demande à manger.

Le 10. Céphalalgie. Epistaxis abondante.

Le 11. Eschare au sacrum. Amaigrissement considérable. Constipation depuis 2 jours. Parésie du membre supérieur droit. Parésie du membre inférieur droit. Les tremblements dans le membre supérieur droit existent, provoqués ; mais ils cessent aussitôt. La sensibilité paraît conservée. La piqûre de tout le côté parésie provoque les tremblements du membre supérieur droit. Jambe droite toujours en adduction. Pas de réflexe patellaire, ou peu. L'enfant a crié, il dit : « J'ai mal aux jambes » ; il ne parle pas de sa tête. Cris peu violents, sorte de plaintes faites à voix basse. Ne répond plus aux questions qu'on lui pose.

Le 12. Raideur de la nuque et du tronc, complète. Tremblement du bras et de la main droite. Secousses plus fortes, plus saccadées, plus fréquentes. Pouls extrêmement petit, 76.

Le 14. Légère contracture du bras droit. Légère contracture de la jambe droite. Même état intellectuel. Pousse des cris un peu plus forts que les jours précédents. Côté gauche : contracture plus accusée. Contracture des extenseurs.

Le 16. L'enfant répond aux questions. Pupilles dilatées égales. Pas de paralysie des paupières. Pouls : 112, régulier. Tremblement constant du membre supérieur droit. Respiration suspirieuse. Rétraction du membre inférieur. Cris constants jour et nuit. Pas de sommeil.

Le 17. Température 39°. Premier jour de fièvre.

Le 18. L'enfant parle encore. Dysphagie. Température 39°, 2. Pas d'anesthésie ? Contracture du membre inférieur droit en extension. Contracture de la jambe gauche qui est en flexion sur la cuisse.

Extension du pied sur la jambe. Bras droit : Tremblement toujours provoqué. Plus fort, mais moins fréquent. Face : Rien. Toujours cependant inoclusion de la paupière supérieure droite. Amaigrissement extrême. Résolution complète. Le membre supérieur droit ne possède plus aucun mouvement. Peut-être parésie du membre supérieur gauche. L'enfant ne répond plus. Quelques gros rhonchus en arrière, quelques râles en avant. Battements de cœur très rapides. Hypertrophie du cœur. Battement dans le 6^e espace intercostal. Souffle intense à la pointe. La température s'est élevée dans les 3 derniers jours (40-41°). Le malade était resté à la température normale jusqu'à ce moment. Décédé le 22 décembre dans le coma.

AUTOPSIE. — Paroi abdominale verte. Putréfaction intestinale. Émaciation extrême.

Cerveau. — Parois crâniennes peu épaisses. L'ouverture du crâne faite à la scie s'est faite facilement. Les méninges étaient saines, pas trace de congestion. Ce n'est qu'en enlevant la dure-mère avec l'arachnoïde près du sillon supérieur à droite, que nous avons trouvé quelques adhérences qui ont été facilement rompues. A gauche quelques adhérences, mais bien moins nombreuses. La convexité du cerveau est saine. Pas trace de congestion. Pas trace du moindre tubercule. Les sillons sont assez bien marqués. Mais à la partie antérieure de la scissure interhémisphérique : adhérences, surtout marquées à la partie inférieure, qui empêchent la déhiscence de la scissure. Sur la base du cerveau : aucun exsudat, pas trace de congestion. Au niveau du chiasma, sur le confluent antérieur, saillie de l'arachnoïde soulevée par le liquide arachnoïdien à ce niveau. Les scissures de Sylvius à gauche comme à droite sont difficiles à entre-bâiller, mais leur déhiscence s'obtient et l'insula de Reil est saine ; pas trace de tubercule, de congestion. Quand on sépare les 2 hémisphères on fait couler du 3^e ventricule, que l'on vient d'ouvrir, un liquide blanc, entièrement transparent, assez abondant, qui s'est répandu sur la table d'amphithéâtre ; n'a pas été évalué, mais qui pouvait bien représenter 2 à 300 gr. de liquide. Du reste, quand nous avons ouvert les ventricules latéraux, nous avons retrouvé ce même liquide ; jamais sanguinolent. Les ventricules semblaient augmentés de capacité. Leur paroi était réduite par la compression exercée dans leur intérieur. Coupes de Pitres : ni dans l'hémisphère droit, ni dans l'hémisphère gauche, il n'a été possible de trouver trace de lésion, de congestion. La substance cérébrale au contraire était fortement anémiée ; les noyaux gris centraux et les capsules ressortaient difficilement sur le fond gris pâle formé par les noyaux. Le cerveau a été séparé du cervelet ; les pédoncules cérébraux ont été sectionnés. L'aqueduc de Sylvius était dilaté et l'anus présentait un orifice plus grand que l'orifice normal.

Dès que la tente du cervelet a été enlevée, nous avons vu le *mésocéphale* avec le cervelet faire saillie au dehors, comme s'ils étaient comprimés dans un espace trop étroit. Les pédoncules cérébraux, le *mésocéphale*, la partie inférieure du bulbe et la partie supérieure de la moelle, vus par la partie antéro-inférieure, ne présentaient rien d'anormal à l'œil nu.

Les sinus occipitaux, le sinus longitudinal supérieur, le pressoir Hérophile, les sinus droits, contiennent un sang liquide sans ténacité aucune à la coagulation.

Le chiasma des nerfs optiques, et les nerfs optiques eux-mêmes n'ont pas été conservés, ni examinés au microscope ; mais, à l'œil nu, ils ne présentent aucune altération.

Cervelet. — Dès qu'on incise la partie antérieure et supérieure du cervelet, on voit une tumeur qui vient faire saillie à travers les lèvres de l'incision. Il s'écoule un liquide blanc et jaune, poisseux, collant, qui recouvre toute la partie supérieure de la tumeur ; ce liquide ne s'écoule pas en grande quantité, c'est plutôt un véritable suintement. Si on fait bâiller les lèvres de l'incision, les deux parties latérales du cervelet laissent découvrir les connexions de la tumeur dans la partie profonde. Ses limites sont les suivantes : à la partie supérieure, comme nous l'avons vu, elle occupe toute l'étendue du cervelet. Sur les parties latérales, la tumeur entre en connexion avec les faces internes des deux lobes cérébelleux. A gauche, cette connexion n'est pas intime, la face latérale gauche de la tumeur est séparée du cervelet, elle en est entièrement distincte, cependant elle y a tracé sa forme arrondie ; elle s'y est creusé une logette ; c'est à peine si on aperçoit quelques tractus, se rompant facilement sous l'action d'une traction légère, peu nombreux, et rattachant la tumeur au cervelet. A droite, la connexion du néoplasme avec le cervelet est assez intime ; cependant, peu à peu, et à la suite de tractions légères, on arrive à le séparer de la substance cérébelleuse. Sur la face inférieure, au niveau de la voûte du 4^e ventricule, comprimant la face supérieure du mésocéphale, déprimant la face inférieure du cervelet, pressant légèrement sur les pédoncules cérébraux, on aperçoit la tumeur qui est venue faire saillie à la partie la plus antérieure, au niveau des pédoncules cérébraux ; la substance cérébelleuse à ce niveau est détruite ; l'extrémité antérieure du néoplasme n'atteint pas entièrement les extrémités antérieures des deux lobes cérébelleux ; l'extrémité postérieure du néoplasme fait saillie dans la partie moyenne du 4^e ventricule.

La tumeur est arrondie, régulièrement sphérique, et représente, comme volume, un gros marron ; elle semble avoir une paroi propre. Sa couleur ne tranche pas sur les tissus voisins, elle est d'apparence grise, elle a entièrement la coloration du cervelet. Ce néoplasme, facilement énucléable, qui fait très facilement saillie, lorsqu'on prend le cervelet par la partie inférieure, présente, sur une section antéro-postérieure, une coupe unie, sèche, assez dure et lisse ; sa coloration est analogue à celle que nous avons signalée à la périphérie. Cependant, il s'écoule, quand on manie la tumeur, un liquide scléreux, poisseux, collant, suintant sans cesse, et qui humidifie la tumeur. Quand on la presse entre les doigts, on sent qu'elle est rénitente, légèrement dure, plus dure à la partie centrale qu'à la périphérie.

Poids : bulbe, cervelet et protubérance annulaire, 190 gr.

Moelle. — La moelle a été retirée avec soin du canal rachidien. Rien d'anormal. Les enveloppes n'ont aucune adhérence avec la moelle.

La moelle examinée sur des coupes ne présente aucune altération ni phénomène de dégénérescence secondaire.

THORAX. — *Poumons.* — Le poumon droit est emphysémateux dans tous ses lobes ; blanc dans toute son étendue. Pas traces de conges-

tion ni de tubercule. Le poumon gauche est emphysémateux dans son lobe supérieur. Le lobe inférieur est emphysémateux en avant, la partie postérieure est le siège d'une congestion hypostatique. Pas d'épanchement pleural.

Cœur. Est hypertrophié dans son ventricule droit. A l'ouverture on trouve la grande valve de la valvule mitrale, hypertrophiée, indurée, avec quelques végétations sur le rebord valvulaire. Le reste de l'endocarde est blanc, légèrement nacré, dépoli.

ABDOMEN. — *Foie.* Congestionné.

Reins. Congestionné, analogues aux reins cardiaques.

Intestins. Rien de particulier à signaler. Quelques ganglions mésentériques congestionnés.

Examen de la tumeur. — Quand on a sectionné la tumeur pour en faire des coupes, on a vu qu'elle présentait deux parties très distinctes au point de vue de sa structure, l'une très molle, pulpeuse, représentant un véritable magma diffus, l'autre dure, résistante. La première occupait la partie supérieure de la tumeur où elle lui formait un véritable capuchon et la partie centrale sous forme d'une longue trainée divisant le néoplasme en 2 parties sensiblement égales, la seconde constituait la plus grande partie de la tumeur.

La tumeur est constituée par un stroma fibreux qui circonscrit des alvéoles plus ou moins larges, mais assez régulières, de forme losangique, comprenant des cellules qui sont toutes d'égale dimension. Celles-ci sont arrondies et comprennent dans leur centre 4 ou 5 noyaux. Des vaisseaux rampent dans les cloisons fibreuses ; leurs parois sont nettement marquées ; mais ces vaisseaux sont nombreux et c'est à peine si on en constate 1 sur 3 ou 4 travées fibreuses. Voilà pour ce qui concerne la partie dure et rénitente de la tumeur ; quant à la partie plus molle et pulpeuse elle est constituée par des cellules identiques à celles que nous avons décrites précédemment. Elles sont réunies entre elles par des fibres très lâches de tissu conjonctif ; mais ces fibres sont peu nombreuses et les cellules constituent la plus grande partie de cette masse pulpeuse.

C'est donc un sarcome.

Cette observation au point de vue clinique comprend deux phases. La première, caractérisée par une difficulté très marquée de la marche, difficulté qui s'est amendée pendant quelque temps puis qui a reparu aussitôt, pour se traduire par des chutes fréquentes, par une véritable incoordination des membres inférieurs, de l'ataxie en un mot, et une perte réelle de l'équilibre. La seconde, par un état comateux dans lequel se sont développés des phénomènes qui pouvaient en poser pour une tumeur de la base ou bulbo-protubéranle, tels que : papillo-rétinite, vomissements, inégalité du pils, constipation, nystagmus, grincement des dents, tremblement limité au côté droit, une légère contracture et l'abolition du réflexe patellaire à droite.

Or, tous ces signes doivent être rapportés à une lésion unique : la tumeur cérébelleuse.

Parmi ces signes nous croyons devoir en étudier quelques-uns qui, s'il ne peuvent arriver à faire établir d'une façon infaillible, le diagnostic de : lésion du cervelet, peuvent cependant servir à faire localiser quelquefois une tumeur dans cette région. Nous voulons parler des troubles survenus dans la marche, de l'incoordination dans les mouvements des membres inférieurs, des chutes et du mouvement de propulsion en avant. Cette incoordination des mouvements et cette propulsion en avant peuvent être mises sur le même plan, croyons-nous; elle peuvent être considérées comme connexes et dépendantes de la tumeur qui, nous le rappelons, *siégeait sur la ligne médiane*. Les signes particuliers sur lesquels nous voulons encore attirer l'attention sont le nystagmus, le tremblement et la contracture. Nous avons déjà dit que le nystagmus se trouvait assez fréquemment, mais non toujours, dans les tumeurs bulbo-protubérantielles et du cervelet. Nous l'avons trouvé une fois siégeant à droite dans une tumeur située sur la partie droite de la protubérance. Dans le cas que nous présentons aujourd'hui le nystagmus est bilatéral et la lésion est médiane. Le tremblement et la contracture ne paraissent pas devoir être rattachés exclusivement à la lésion du cervelet. Ces phénomènes ont été passagers et ont complètement disparu avant la mort de notre petit malade.

Ces phénomènes sont imputables soit à la compression de la protubérance et du bulbe, soit à l'excitation à distance d'autres territoires encéphaliques. Nous avons parcouru, au sujet de ces tumeurs, la littérature médicale de ces dernières années. Les cas de tumeur du cervelet ne sont pas très rares.

MM. Bernheim et Simon dans la *Revue médicale de l'Est* ont étudié la plupart des symptômes dus aux tumeurs du cervelet et ont insisté sur les raisons qui rendent difficile le diagnostic de ces lésions. « Les symptômes, disent-ils, appartenant en propre aux lésions du cervelet sont accompagnés de phénomènes étrangers, attribuables soit à la diminution de la capacité crânienne, soit à la compression de la protubérance et du bulbe, soit à l'excitation à distance d'autres territoires encéphaliques ». C'est à cette excitation à distance que nous devons le tremblement, la contracture, les vomis-

sements, les irrégularités du poulx. C'est probablement à la même cause que sont dus les phénomènes de papillo-rétinite. Pour le prouver nous n'avons qu'à répéter que l'hydro-pisie ventriculaire a été observée par nous et qu'elle l'a toujours été dans la plupart des cas où l'on a signalé les mêmes signes.

De telle sorte que dans le cas qui nous occupe toutes les lésions signalées sont attribuables à la lésion du cervelet mais ceux que nous regardons comme lui appartenant en propre sont l'incoordination des mouvements des membres inférieurs, le nystagmus et les chutes. C'est sur eux à la rigueur que dans certains cas on peut se baser pour essayer de faire un diagnostic, quand ceux-ci sont accompagnés de phénomènes de compression bulbaire.

Un cas de porencéphalie, par H. LEGRAND, interne des hôpitaux ; aide préparateur d'histologie à la Faculté.

Fleur.... Louis, né le 6 janvier 1888 est abandonné à l'hospice des Enfants-Assistés, service de M. le Dr Sevestre sous le n° 88,506, le 17 mai 1888, il est donc âgé de 4 mois 1/2 environ.

Renseignements sur les parents, nuls.

Cet enfant a le corps parfaitement conformé, présentant même un certain embonpoint. L'examen minutieux n'a fait découvrir aucune trace de syphilis héréditaire.

La tête petite, *complètement ossifiée*, mesure 34 cent. de tour au niveau du diamètre occipito-frontal ; front fuyant, crâne conique, face proéminente, mâchoire complètement dépourvue de dents : physionomie insignifiante.

Cet enfant est dans un état de convulsions toniques perpétuelles, sous forme d'accès subintrants d'*opisthotonos*. Il ne présente aucune convulsions cloniques, et la roideur est si grande et si généralisée pendant les accès qu'on peut le tenir debout avec deux doigts placés sous la nuque, les talons seuls reposant sur le plan du lit. Même pendant les instants de calme relatif, il enfonce sa tête en arrière dans l'oreiller, la balançant à droite et à gauche.

Pas de paralysie des membres ni de contractures autre que l'extension forcée pendant les accès d'*opisthotonos*. Les poings sont toujours fermés, mais sans que les pouces soient recouverts par les autres doigts. L'enfant pousse continuellement des cris prolongés et monotones. Pas de dilatation des pupilles, pas de grimaces de la face, pas de vomissements. L'enfant boit très bien ; a rendu des excréments d'aspect normal. Rien à l'auscultation.

La température (rectale) normale le premier jour est montée à 40° le second et à 41° le troisième jour, pendant lequel l'*opisthotonos* a été absolument continu. Mort à 4 heures du matin.

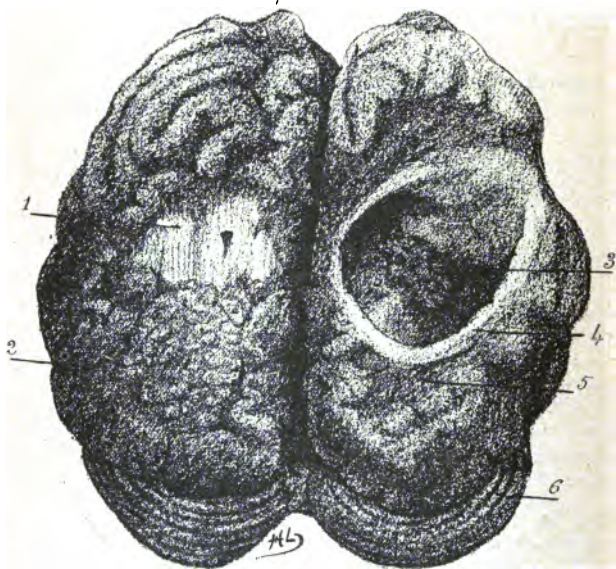
AUTOPSIE. — Le crâne était complètement et solidement ossifié,

les sutures bien engrenées, ne laissent nulle part trace de fontanelle.

La dure-mère adhérait au crâne sur la ligne médiane et a été enlevée avec lui, laissant voir le cerveau dont les hémisphères, ne remplissant plus complètement la boîte crânienne, étaient remplacés au niveau du vertex, surtout à droite, par la pie-mère distendue par un liquide clair comme de l'eau de roche, ce qui lui donnait l'apparence d'une belle vésicule tremblotante et transparente.

Il a été facile d'extraire le cerveau de la cavité crânienne, nulle part il n'y avait ni adhérences anormales ni trace d'inflammation aiguë (pus ou exsudat membraneux).

La base du crâne, la face inférieure du cerveau, le cervelet, le bulbe et les nerfs qui en émergent sont normalement conformés. Les vaisseaux de la base et des scissures de Sylvius ont leur apparence ordinaire.

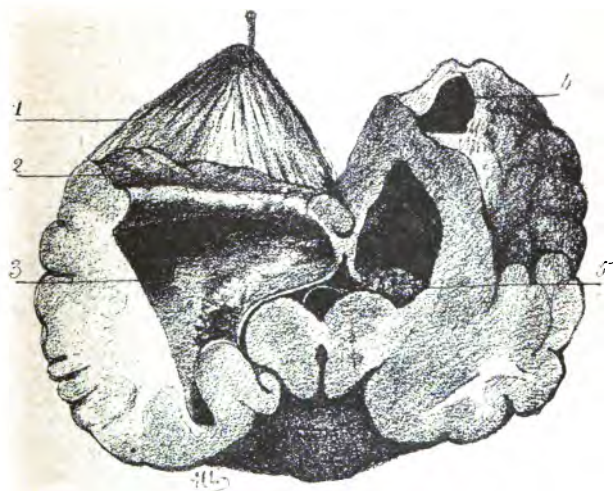


Convexité des hémisphères. — 1, bout de pie-mère recouvrant une perforation récente — 2, aspect chagriné — 3, plexus choroïde au fond du ventricule latéral dilaté — 4, substance blanche du centre ovale formant le bord de la perforation — 5, restes de substance grise atrophiée et dépourvus de méninges. La pie-mère se détache au bord des circonvolutions paraissant normales.

Les lésions portent sur la convexité des hémisphères et sur les ventricules latéraux; ces lésions sont moins accentuées du côté des lobes.

L'hémisphère droit présente en effet une vaste perte de substance qui ouvre largement en haut son ventricule latéral. Partant du voisinage de la scissure interhémisphériques, à peu près à égale distance des deux extrémités de l'hémisphère, cette ouverture ovoïde à grand axe obliquement dirigé en avant et en dehors s'étend jusque près de la face externe du cerveau. Elle occupe le fond d'une dépression en entonnoir formée par l'effondrement des circonvolutions qui l'entourent. Les circonvolutions des cornes frontale et occipitale, les sphénoïdales et la face interne de l'hémisphère ont au contraire leur aspect normal.

La pie-mère qui les recouvre s'en sépare au pourtour de la lésion et recouvre comme d'un opercule circulaire et membraneux toute l'excavation, de sorte que le liquide qui remplit le ventricule baigne aussi les circonvolutions effondrées.



Coupe transversale du cerveau à égale distance des deux extrémités — 1 (partie postérieure) pie-mère formant une poche distendue par le liquide céphalo-rachidien — 2, restes de la substance grise atrophiée et dépourvue de pie-mère — 3, ventricule latéral dilaté — 4, perforation récente — 5, plexus choroïde.

Les bords de l'orifice sont arrondis, lisses, usés, un peu incisés çà là ; ils sont formés par la substance blanche du centre ovale.

La substance grise des circonvolutions effondrées présente une surface irrégulièrement mamelonnée, et s'arrête à 1/2 cent. du bord aillant, de la perte de substance. On n'observe pas sur cette pièce aspect radié, comme attiré, des circonvolutions autour de l'orifice, aspect signalé par Kundrat. La substance grise paraît avoir été

plus largement détruite par la substance grise, antérieurement sans doute.

Au fond du ventricule dilaté, déformé, mais dont les parois sont blanches et polies, on aperçoit les plexus choroïdes ayant conservé leur aspect normal.

Sur l'hémisphère gauche la lésion a la même topographie, mais elle paraît moins avancée. La voûte du ventricule latéral est cependant aussi perforée sur un espace grand comme une pièce de 2 fr. La pie-mère est tendue sur cet orifice et forme opercule. En arrière de la région détruite on voit une surface de grandeur égale, à peu près arrondies, d'aspect particulier, *chagriné* à gros grains. Cette surface est séparée assez nettement des circonvolutions occipitales et des autres qui la limitent à droite et à gauche. En ce point la surface cérébrale malade est demeurée de niveau avec les parties environnantes; la pie-mère lui adhère intimement. Nous verrons à quelles lésions microscopiques répond l'aspect chagriné.

Sur une coupe transversale du cerveau passant par la partie moyenne, on se rend bien compte des modifications subies par les ventricules latéraux dont la dilatation en tous sens est la lésion principale.

Nous avons vu que leur voûte manque plus ou moins; en d'autres points elle est très amincie; en particulier au niveau de l'aspect chagriné on peut la voir réduite à 3 ou 4 millim. et se terminer en biseau formant le bord de la perforation.

Nulle part cependant la surface interne du ventricule n'a perdu son aspect lisse et poli.

La partie médiane du cerveau (corps calleux, ventricule moyen, corps optostriés) est devenu asymétrique par suite de la prédominance des lésions à droite; le volume des couches optiques paraît égal.

Notons la grande asymétrie de la circonvolution de l'hippocampe qui semble manquer à droite (voir la figure).

La moelle, les *nerfs périphériques*, les autres viscères de l'enfant présentaient leur aspect normal: j'ajoute ici que l'examen histologique du foie et de la rate, ne m'a permis de faire aucune hypothèse pathogénique (telle que syphilis, sclérose de nature infectieuse ou toxique).

Examen histologique. — Le cerveau et la moelle ont été placés dans la liqueur de Müller où ils sont demeurés plusieurs mois, puis ils ont été immergés dans l'alcool après lavages. Des fragments ont été prélevés en divers points, sains d'apparence ou malades, et inclus dans le collodion.

Les colorations ont été faites au moyen du picro-carmin, de l'hématoxylène-éosine avec montage dans la glycérine. Des coupes ont également été traitées par la méthode de Weigert ou par l'acide osmique.

Les circonvolutions, dont l'aspect macroscopique était normal soit au cerveau soit au cervelet, sont absolument saines; la pie-mère a son épaisseur et sa structure normales; elle est nettement distincte de la couche limitante externe, et ses vaisseaux ne présentent aucune lésion. J'ai examiné avec soin les vaisseaux sanguins qui dans aucune région ne m'ont montré des parois malades ou un contenu pathologique (thrombose, etc.).

De même la paroi inférieure des ventricules latéraux est normale et possède encore son épithélium cylindrique cilié.

Les parties qui présentent l'aspect *chagriné* montrent au contraire sur la coupe des modifications importantes. Les lésions sont accentuées au voisinage des deux surfaces, extérieure et ventriculaire, et entre les deux existe une région d'apparence relativement normale.

Avec un faible grossissement, on voit que la pie-mère est épaissie, a une texture plus dense. Elle est moulée sur la surface, lui adhère intimement et le bord de la coupe a un aspect irrégulièrement festonné. De distance en distance, au niveau des creux, partent de sa surface interne des prolongements triangulaires, en forme de coin aigu s'enfonçant dans la substance grise jusque dans la troisième couche. Une artériole occupe toujours l'axe de ces cônes, se dégage au sommet, et pénètre plus avant dans la substance du cerveau. Parfois 2 ou 3 de ces cônes sont confondus par leur base et l'ensemble prend un aspect dentelé. Avec ce grossissement la séparation paraît nette entre l'hyperplasie méningée et la substance nerveuse.

Avec un objectif plus fort on voit que le tissu des cônes périvasculaires est formé de cellules conjonctives fusiformes ou étoilées sans orientation définie, fortement colorées en masse par le carmin ou l'hématoxyline ; leurs prolongements sont anastomosés en réseau dense et de place en place on trouve de petits amas de cellules embryonnaires fortement colorées. L'artériole qui traverse ce tissu est indemne d'endartérite ; sa paroi est normale ; en beaucoup de points la gaine périvasculaire existe, normale ; et le tissu pathologique est précisément situé autour du petit espace clair qui la représente. S'il s'agit ici d'une périartérite, du moins elle est médiate.

Après sa sortie du cône l'artériole est encore normale ; les ramuscules et les capillaires dénués de gaine que en naissent le sont aussi.

Dans les couches profondes de la substance grise tous les vaisseaux ont une apparence normale ; et contiennent encore des globules rouges bien conservés ; mais les vaisseaux sont bien moins nombreux que dans les régions homologues d'un cerveau sain. Plus profondément ils deviennent *tout à fait rares*, il faut les chercher et dans la zone qui borde le ventricule dilaté *on n'en trouve plus*. Avec le fort grossissement, la limite n'est plus nette entre le tissu conjonctif des cônes périvasculaires et la névroglie. Au contact de l'hyperplasie méningée la névroglie a subi d'intéressantes modifications.

Son aspect fibrillaire est des plus nets ; le givre en matière grenue a disparu. Les fibrilles paraissent plus volumineuses, les espaces que limite leur feutrage sont plus grands, et le tissu a pris une disposition radiée assez marquée autour du cône périvasculaire. Cependant les noyaux de la névroglie ne sont pas plus abondants, ils n'ont pas proliféré ; les cellules nerveuses voisines sont toujours petites, peuvent être atrophiées.

De l'examen de ces régions superficielles, il paraît se dégager cette notion ; au contact du tissu conjonctif proliférant autour des *raies lymphatiques sous une influence inconnue, la névroglie cérébrale a été raréfiée, puis résorbée par un processus de corrosion lente et sans réaction manifeste.*

Si l'on examine maintenant la surface interne des coupes comprenant les parties en rapport avec la cavité ventriculaire, on peut voir que le tissu ne présente nullement l'aspect de la substance blanche normale du centre ovale. L'épaisseur de cette couche est plus ou

moins diminuée suivant les régions. Dans celle qui correspond à l'aspect chagriné de la surface, on trouve un tissu d'aspect fibreux. Il est feutré par place d'une façon irrégulière, inextricable ; ailleurs les fibrilles incurvées affectent la même direction sur une certaine épaisseur. Ce tissu contient quelques noyaux de la névroglie et des cellules en araignées ; il ne renferme pas de tubes nerveux apparents ni de myéline, ni de corps granuleux et nous avons vu qu'on n'y trouve pas de vaisseaux, même de capillaires. Sur le bord de la coupe, l'aspect fibrillaire est net ; il n'y a pas de couche épendymaire. Le tissu dépourvu de limite autre qu'une sorte de tassement superficiel, paraît avoir été usé peu à peu et refoulé excentriquement.

Cette lésion se rapproche de ce qu'ont décrit Bizzozero et Golgi sous le nom de porose cérébral. Notre collègue et ami Pilliet a signalé le même processus de raréfaction à la périphérie du cerveau des jeunes idiots (Bourneville et Pilliet 1887), nous l'avons nous-mêmes déjà constaté dans les couches profondes d'une tumeur nerveuse congénitale (Lesage et Legrand. Néoplasies nerveuses d'origine centrale. *Arch. de physiol.*, 1888).

La réaction de Malassez (action successive de la potasse, de l'acide acétique et du carmin), montre bien que ce tissu est tout entier de nature nerveuse ; il s'agit ici sans doute d'une forme de *sclérose névroglie*, analogue à celle qu'a récemment décrite M. Chaslin dans le cerveau des épileptiques (1).

La moelle coupée au niveau du renflement cervical et dans la région dorsale a paru normale ; il est à remarquer cependant qu'elle ne renfermait pas de myéline sauf dans quelques tubes des faisceaux postérieurs.

RÉFLEXIONS. — Le travail de M. Audry (de Lyon) (2) qui rapporte fidèlement tous les cas de porencéphalie publiés jusqu'en 1888, me dispensera de rappeler l'historique de la porencéphalie et les diverses interprétations pathogéniques.

La notion d'hérédité et les antécédents font complètement défaut à mon observation ; elle ne pourra donc servir à élucider l'étiologie de la maladie.

Cette observation m'a paru intéressante néanmoins cliniquement et surtout au point de vue du processus anatomo-pathologique. Elle montre en effet :

1° Un point de départ méningé, probablement d'origine lymphatique.

2° Un mode intéressant de résorption de la névroglie au contact du tissu conjonctif en prolifération.

3° Probablement un retard ou un arrêt de développement des vaisseaux destinés au centre ovale. La dilatation des

(1) CHASLIN. *Soc. de biologie*, mars 1889.

(2) AUDRY. Les porencéphales. *Revue de méd.* 1888.

ventricules a été secondairement favorisée par l'arrêt de développement de la substance blanche et par la fragilité de la névroglie insuffisamment nourrie et modifiée dans sa texture.

Séance du 19 avril.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL

Tuberculose primitive des trompes, du corps et du col de l'utérus et du vagin, consécutive à un avortement. Tuberculose pulmonaire consécutive, par M. THIERCELIN, interne provisoire des hôpitaux.

H. Françoise, 24 ans, ouvrière, entre le 12 février 1889, salle St-Landry, n° 2. Hôtel-Dieu. Service de M. Cornil.

Aucun antécédent héréditaire à signaler.

Antécédents personnels. — Réglée à l'âge de 13 ans ; elle n'avait jamais eu d'enfant, et se portait très bien, quand au mois d'octobre dernier, elle entra à la Maternité et y fit une fausse couche de quatre mois. Elle eut alors une ménorrhagie abondante et fut prise, à la suite, d'une fièvre assez vive accompagnée de douleurs dans le bas-ventre. Sa température aurait atteint, s'il faut l'en croire, 40°. Elle présenta alors des symptômes de péritonite et resta deux mois à la Maternité. Elle perdait abondamment en blanc et recevait, chaque jour trois injections. Elle sortit de la Maternité un peu soulagée, mais fort amaigrie, et quinze jours après sa sortie, elle fut prise chez elle de vomissements incessants, de douleurs dans le bas-ventre. L'amaigrissement s'accrut de jour en jour ; seul l'abdomen restait augmenté de volume. Son extrême faiblesse la força à se remettre au lit, et bientôt à entrer à l'hôpital.

A son entrée, la malade est très amaigrie, ses traits sont tirés, elle répond avec lenteur et peine aux questions qu'on lui pose. Sa température le soir est de 39°, et le matin tombe à 37°,5. L'appétit est très faible, la langue est blanche, et la malade a des vomissements bilieux assez fréquents, surtout quand les douleurs abdominales s'exaspèrent. Elle a des alternances de diarrhée et de constipation. Le ventre peu augmenté de volume, est douloureux à la palpation, surtout au niveau de l'hypogastre. On sent dans cette dernière région un empâtement qui s'étend à droite et remplit en partie la fosse iliaque. Cette région est également mate à la percussion. Les urines sont normales. La malade n'a pas revu ses règles depuis sa fausse couche, mais depuis l'époque elle a eu constamment de la leucorrhée. Le toucher vaginal révèle un empâtement des culs-de-sac, surtout du cul-de-sac inférieur, et la présence d'ulcérations granuleuses sur les deux lèvres du col utérin. L'examen au spéculum n'est pas pratiqué. La malade tousse pas, et l'auscultation des poumons pratiquée avec soin ne révèle aucun signe morbide.

La diarrhée s'arrêta bientôt, mais les vomissements et la leucorrhée persistèrent, l'abdomen devint plus douloureux encore et se météorisa et l'amaigrissement fit de rapides progrès. La température oscillait entre 38° et 39° et la malade se cachectisa de plus en plus.

Le 12 mars, c'est-à-dire un mois après son entrée, elle se prit à tousser, et l'auscultation fit entendre au sommet des deux poumons des craquements secs très légers. A partir de cette époque, la cachexie s'exagéra de plus en plus, pendant que les lésions pulmonaires faisaient de rapides progrès. On entendit bientôt dans les deux poumons des râles sous-crépitaux, surtout abondants aux deux sommets. Pendant toute la durée de sa maladie, elle ne cessa de se plaindre d'une leucorrhée abondante, et recevait chaque jour deux injections au sublimé.

AUTOPSIE, 14 avril. — Le *péricarde* contient une certaine quantité de liquide séreux, et le *cœur*, petit, présente un rétrécissement et une insuffisance de la valvule mitrale. Les deux valves de la mitrale, surtout la grande, présentent à leur bord libre sur leur face auriculaire de petites granulations fines, demi-transparentes et possédant une certaine dureté.

La *plèvre droite* est remplie d'un liquide louche peu abondant. Son feuillet pariétal est recouvert de granulations tuberculeuses, et le feuillet viscéral présente au niveau du lobe supérieur de semblables granulations et des dépôts fibrineux. Ces dépôts sont surtout abondants au niveau du lobe inférieur.

La section du *poumon droit* laisse voir des cavernules et des tubercules agglomérés dans les lobes supérieur et moyen. Le lobe inférieur est seulement congestionné.

La *plèvre gauche* contient une petite quantité de liquide séro-fibrineux, et le *poumon gauche* présente à la coupe les mêmes lésions que celui du côté opposé, mais moins avancées.

Le *diaphragme* est recouvert sur ses deux faces de granulations analogues à des lentilles ou à des grains de chènevis.

Au niveau du foie, le *péritoine* pariétal est adhérent à cet organe et rempli de granulations tuberculeuses confluentes.

Le *grand épiploon* forme une membrane étalée à la surface de l'intestin grêle, et adhère en bas au bord supérieur de la vessie et aux organes du petit bassin. Il est épaissi et rempli de volumineuses granulations tuberculeuses et de noyaux caséeux. Après l'avoir incisé, on constate qu'il est séparé de l'intestin grêle par un liquide fibrineux peu abondant, contenu dans une loge formée en avant par la face postérieure de l'épiploon, en arrière par la masse de l'intestin grêle, et fermée en bas par les organes du petit bassin. Toute la surface interne de cette loge est farcie de granulations tuberculeuses.

Les organes du petit bassin sont agglutinés et il est impossible de les isoler sur le cadavre. Au milieu du petit bassin apparaît un corps volumineux semblant être l'utérus, et à droite de lui, on aperçoit le pavillon de la trompe droite ouvert dans la cavité péritonéale mais difficilement reconnaissable.

Après avoir enlevé en masse tous les organes du petit bassin, M. le professeur Cornil les isola et reconnut les lésions suivantes :

L'utérus sembla d'abord être augmenté de volume surtout dans le sens de la longueur, mais on reconnut bientôt que la trompe gauche, au lieu d'occuper sa place normale, était repliée plusieurs fois sur elle-

même et formait ainsi une masse arrondie renfermée dans une enveloppe fibreuse et coiffant le fond de l'utérus auquel elle adhérerait intimement. Cette trompe est très dilatée et si on la sectionne elle laisse apparaître un pus caséeux et épais qui la distend. Le pavillon de cette trompe gauche est absolument perdu dans cette masse.

La trompe droite occupe sa place normale, mais elle est considérablement augmentée de volume, et présente des sinuosités nombreuses qui la font ressembler à une circonvolution cérébrale. Elle est également tout entière contenue dans une enveloppe fibreuse, et sa section laisse voir également un pus épais et caséeux. Le pavillon de cette trompe est, comme nous l'avons dit, ouvert dans la cavité péritonéale. Il est très épais et chacune de ses franges présente l'aspect d'une végétation caséeuse.

À l'extrémité du pavillon droit, au milieu d'une substance caséeuse, on trouve une masse opaque du volume d'une amande, absolument caséifiée ayant la forme de l'ovaire. On ne peut, à l'œil nu, reconnaître si l'on est en présence de l'ovaire ou d'un ganglion caséifié.

Toute la surface interne du corps de l'utérus est recouverte de bourgeons irréguliers surtout développés en un point de la paroi utérine qui devait être le lieu d'insertion du placenta. Sur ces bourgeons on remarque des granulations très nombreuses et des masses caséuses opaques et saillantes. De semblables bourgeons recouvrent la portion utérine du col, mais ceux-ci sont moins proéminents et semblent provenir d'un processus plus récent.

L'orifice externe du col de l'utérus est déchiqueté, irrégulier, et présente des éraillures profondes, surtout au niveau de son bord postérieur et de sa commissure droite.

Sur toute la portion vaginale du col, il existe des pertes de substance profondes et taillées à pic dont les bords présentent par places des corps jaunâtres ressemblant à des tubercules. Ces ulcérations sont très profondes, elles ont en partie détruit la portion vaginale du col utérin et l'ont transformée en une sorte de tissu spongieux.

Le vagin présente également sur ses parois de nombreuses ulcérations. Celles-ci forment deux groupes de cinq à dix situés l'un sur la paroi postérieure, l'autre sur la paroi antérieure. Quelques-unes sont disséminées sur les parois au niveau de la partie moyenne du vagin, mais les plus nombreuses sont situées près de l'union du col utérin avec le vagin. Les plus petites de ces ulcérations ont quelques millim. de diamètre et sont parfaitement circulaires, taillées comme à l'emporte-pièce ; les plus larges, formées par la réunion de plusieurs petites, ont des bords irréguliers et une forme moins nettement définie. Une d'entre elles, située à la partie moyenne de la paroi postérieure du vagin, a au moins un centimètre de diamètre. Ces ulcérations ont leurs bords taillés à pic, mais elles sont beaucoup moins profondes sur le vagin que sur le col utérin. Le fond est inégal et recouvert d'une matière sanieuse et puriforme.

La vessie est rouge, les vaisseaux de son col sont très distendus. Le rectum est extrêmement rouge, mais ne présente pas d'ulcération.

La tunique séreuse de l'estomac et de l'intestin grêle est couverte de très nombreuses granulations tuberculeuses et adhère à

tous les organes voisins, mais la *tunique muqueuse* du tube digestif ne présente aucune ulcération.

Le *foie* est volumineux, il pèse 2 k. 500 gr. Il a subi l'hypertrophie tuberculo-graisseuse ; il est couleur jaune cuir. La capsule de Glisson adhère intimement au diaphragme qu'on arrache en enlevant le foie, à l'estomac, à la masse de l'intestin grêle. Elle est épaisse et recouverte de granulations tuberculeuses.

La *rate* est congestionnée et molle. Sa couleur est rouge sombre.

Les *reins* sont congestionnés, mais ne sont pas lésés.

La *bouche*, le *voile du palais*, les *amygdales*, le *larynx* sont sains.

RÉFLEXIONS. — Ce cas est manifestement un cas de tuberculose primitive des organes génitaux, car les accidents pelviens ont été les premiers en date et ce n'est qu'après les organes du petit bassin que le péritoine fut envahi par la tuberculose et en dernier lieu les poumons. Cette observation doit être ajoutée aux observations déjà assez nombreuses de tuberculose primitive des organes génitaux chez la femme. Le traumatisme utérin produit par la fausse couche a été ici le point de départ des accidents et la plaie placentaire a été manifestement la porte d'entrée de la bacillose. Il reste à savoir d'où sont venus les germes ?

L'examen histologique des coupes du corps et du col de l'utérus, fait par M. Cornil, a montré qu'il y avait un bourgeonnement assez considérable du tissu conjonctif du corps et du col de l'utérus. Dans le corps en particulier on a affaire à de grandes végétations irrégulières, fibreuses, vascularisées, dont les vaisseaux possèdent des parois épaisses. Ces vaisseaux offrent même des lésions inflammatoires chroniques de leur membrane interne, comme cela a lieu après la gestation. Ce tissu conjonctif végétant du corps se rapporte bien évidemment au point de l'implantation du placenta. Par place dans ce tissu on trouve soit une infiltration étendue par des cellules hyalines atrophées, soit des îlots arrondis, caséeux, plus petits et bien limités. Ces derniers siègent surtout autour des vaisseaux. Les vaisseaux sanguins sont oblitérés et pleins d'un coagulum fibrineux à ce niveau. Nous n'avons pas vu de cellules géantes dans les îlots ni dans les infiltrations caséuses. Des lésions analogues s'observent dans la muqueuse du col.

Les ulcérations tuberculeuses du vagin ont été examinées sur des coupes. Les bords de la perte de substance sont infiltrés de petites cellules et cette infiltration s'étend dans un

étendue de 1/2 à 1 millimètre. Dans toute cette partie enflammée les vaisseaux sont oblitérés par des coagulations de fibrine englobant des cellules lymphatiques. Nous n'avons pas vu là de cellules géantes mais seulement, à la périphérie, sous l'épithélium encore intact, des îlots arrondis. Nous n'avons pas pu y découvrir de bacille de la tuberculose.

Kystes hydatiques multiples du foie, de la rate, de l'épiploon et du pelvis. Cancer de l'estomac et de l'utérus, par M. PAUL THIÉRY, aide d'anatomie de la Faculté.

A. D..., actrice, âgée de 45 ans qui consulta M. Verneuil pour la première fois il y a 11 ans. A ce moment, il était déjà facile de percevoir deux tumeurs bien nettes : une de l'hypochondre droit déjà volumineux qui fut diagnostiqué kyste hydatique, l'autre occupant le petit bassin qui fut rapportée à un kyste de l'ovaire. Nous n'avons pas de renseignements sur le début de l'affection.

A cette époque (il y a 11 ans) M. Verneuil pratique une ponction dans le kyste hépatique et en retire 7 litres environ de liquide clair comme de l'eau de roche et qui ne laisse aucun doute sur la nature de l'affection. La ponction étant faite avec une aiguille et un petit trocart, on ne retire pas d'hydatides. L'état semi-cachectique de la malade, qui est excessivement pâle et anémiée, fait repousser une intervention plus active. A la suite de cette ponction simple, l'amélioration est telle que la malade ne revient voir M. Verneuil qu'au bout de 7 ans.

Il y a 3 ans elle est revenue de nouveau : le kyste hépatique s'est reproduit, le kyste ovarique que l'on n'a pas traité subsiste et a même augmenté. On pratique une nouvelle ponction du kyste hépatique : des hydatides obstruent sans doute le trocart, car la ponction donne issue à quelques gouttes seulement de liquide transparent. Pendant deux ans encore on perd la malade de vue.

Il y a 6 mois (12 novembre) elle revient encore et fait un séjour d'une journée salle Lisfranc : les kystes du foie et de l'ovaire sont énormes.

Le ventre est excessivement volumineux, il y a ascite. L'état anémique est très accentué. Il existe un épithélioma du col utérin. Aucun trouble digestif. Elle ne veut pas rester à l'hôpital et retourne chez elle. Enfin elle rentre dans le service, salle Lisfranc, n° 28, le 9 avril 1889 et nous la voyons pour la première fois.

Etat actuel. — L'état général est très grave : la malade, excessivement pâle, émaciée et anémiée, présente une coloration qui tient de la teinte anémique et de la teinte jaune paille des cancéreux, la dyspnée est considérable ; la constipation opiniâtre ; la malade ne se nourrit que de lait ; la digestion est pénible mais il n'y a pas de vomissements.

Le thorax petit, rétracté est comme atrophié ; l'abdomen énorme s'effoule et semble occuper la presque totalité du sujet ; pas d'œdème membres inférieurs. Miction normale.

Du côté de l'abdomen on sent une volumineuse tumeur occupant et l'hypochondre droit, dépassant la ligne médiane, descendant

jusqu'à la fosse iliaque ; de même dans l'hypochondre gauche tumeur rénitente mais moins volumineuse. Une autre tumeur, vaiseemblablement multiloculaire, occupe tout le pelvis ; enfin le toucher vaginal révèle la présence d'un épithélioma du col de l'utérus avec propagation à la partie supérieure du vagin avec immobilisation de l'utérus. Ascite nette et considérable : matité complète de toute la masse abdominale, sauf du flanc gauche.

Le diagnostic porté autrefois est encore admis : kyste hydatique multiloculaire du foie, kyste de l'ovaire, épithélioma utérin : pas de lésions thoraciques.

La malade reste dans le service sans intervention active quand le 16 avril nous la trouvons en proie à des douleurs abdominales excessives ; on pense à une rupture du kyste mais vu l'état général il n'y a pas lieu d'intervenir : elle meurt le 16 avril à midi.

Pour plus de netteté nous étudierons l'une après l'autre les lésions que présentent les différents appareils.

Aucune lésion du côté du cerveau, de la moelle ou de leurs enveloppes.

Organes thoraciques. Le cœur et les poumons sont sains, mais les poumons offrent chacun le volume d'un gros poing environ tant était considérable le refoulement des organes thoraciques par la masse abdominale. Aucune lésion de parenchyme, pas d'épanchement pleural ; quelques adhérences insignifiantes.

Larynx, trachée, bronches, sains. Idem pour l'œsophage.

Organes abdominaux. — Eliminons tout d'abord l'appareil urinaire, reins, uretères, vessie absolument sains. *Du côté du tube digestif* nous trouvons un estomac fortement dévié par les kystes hépatiques, il offre un volume considérable par dilatation de sa cavité. A l'incision il est rempli de lait coagulé. Le *pylore* est le siège d'un rétrécissement cancéreux qui admet le petit doigt, les parois en sont épaisses, lardacées ; pas de masse végétante proprement dite, adhérences considérables du pylore à l'un des kystes hépatiques que nous décrivons dans un instant. L'examen histologique nous a révélé un carcinome squirrheux type avec épaississement considérable du tissu sous-muqueux.

Nous rapprocherons de cette lésion celle que nous avons trouvée du côté de l'utérus où le col et la portion avoisinante du vagin était le siège d'un épithélioma diagnostiqué pendant la vie et que l'examen histologique nous a montré appartenir à la variété « épithélioma pavimenteux lobulé » le corps de l'utérus, et les organes voisins, vessie et rectum étant indemmes de toute propagation. Pour en finir avec le tube digestif, disons que l'intestin petit, rétracté était complètement refoulé, le cæcum excepté, dans le flanc droit où il occupait une région de minime étendue, toutes circonstances qu'expliquent sa diminution de calibre à la suite du rétrécissement pylorique et le déplacement que lui avaient imprimé les kystes hydatiques multiples du foie.

La rate est volumineuse et congestionnée elle se continue directement à la partie inférieure avec un kyste volumineux, de nature hydatique, qui semble développé à sa partie inférieure, à l'union de l'enveloppe conjonctive et du parenchyme splénique qui est comme implanté par une large base sur ce kyste. A l'ouverture il contient : 1° une notable quantité de liquide hyalin (1 litre 1/2) environ ; 2° des hydatides

vivantes dont la plus grosse atteint le volume du poing ; 3° des hydatides flétries nombreuses ; à côté nous trouvons une petite rate supplémentaire de volume d'une petite noix. Mais les lésions les plus intéressantes sont celles qui siègent : 1° du côté du foie ; 2° du côté du grand épiploon ; 3° du côté du petit bassin et dont l'ensemble forme un véritable « ventre hydatique » tant sont nombreuses et volumineuses les diverses poches kystiques que nous avons rencontrées.

Le foie est tout à fait déplacé : son extrémité gauche est devenue supérieure, son extrémité droite plongée dans la fosse iliaque ; l'épaisseur du parenchyme hépatique est tout à fait minime en sorte que le foie ainsi réduit de volume peut être comparé à un large bêret étalé qui recouvrirait deux kystes volumineux de sa face concave. Notons en passant que la vésicule biliaire contient trois calculs de cholestérine l'un petit, l'autre moyen du volume d'un haricot, le troisième allongé (5 centim. environ). Débordant le foie par son bord interne (bord inférieur) et par son bord externe (bord supérieur), on trouve deux volumineux kystes : le supérieur compris entre l'estomac et le foie semble avoir distendu l'épiploon gastro-hépatique ; il dépasse de beaucoup la ligne médiane ; ouvert, il présente une cavité pouvant admettre cinq litres de liquide, mais son contenu est presque solide, formé d'hydatides flétries comme emboîtées les unes dans les autres et quelques rares hydatides typiques, encore sphériques et vivantes : la poche en est mince et a refoulé en haut le tissu hépatique (1^{er} kyste ponctionné par M. Verneuil).

Au-dessous, un kyste volumineux encore descend de la portion sus-ombilicale de l'abdomen au petit bassin. Il mesure 25 centim. dans tous les sens et contient un liquide purulent non fétide (injection de calomel pratiquée hors de l'hôpital).

Dans la fosse iliaque, au devant du cæcum petit et rétracté, il y a quatre poches hydatiques dans l'épaisseur du grand épiploon, indépendantes de celles du foie, libres et flottantes. Elles présentent un volume variable, du poing pour deux d'entre elles, des deux poings pour les deux autres : à l'incision deux d'entre elles laissent échapper des hydatides vivantes de volume variant d'une noisette à une grosse noix, les deux autres sont comblées de membranes hydatiques et le contenu a une consistance presque solide. En arrière du cæcum cinquième kyste à contenu analogue du volume d'une tête de fœtus à terme.

Enfin vers le petit bassin quatre kystes bien nets et qui semblaient dépendre d'une dilatation des trompes et de l'ovaire mais qui en réalité ne sont, ainsi que nous le montre M. Poirier, que des kystes devenus libres dans le péritoine et tombés l'un dans le cul-de-sac de Douglas où il a contracté quelques adhérences, deux dans les culs-de-sac péritonéaux paraovariens, enfin le quatrième s'est insinué profondément en refoulant le péritoine sur les parties latérales droites de l'utérus et du rectum et y a acquis le volume des deux poings. Les rois autres présentent le volume d'un gros œuf de poule et plus même.

Il y avait 6 litres de liquide ascitique retirés à l'ouverture du péritoine. La rupture d'un kyste présumée le jour de la mort de notre malade n'a pas été vérifiée.

Voici le poids des formations pathologiques de l'abdomen :

1° Liquide ascitique, 6 litres.....	6 kilog.
2° Kyste supérieur du foie (n° 1), 25 centim. × 25.....	3 kil. 500
3° Kyste inférieur du foie suppuré (n° 2), 30 × 35.....	4 kil. 500
4° Deux kystes de la fosse iliaque (n° 3 et 4), 8 × 10.....	650 gr.
5° Deux kystes de la fosse iliaque (n° 5 et 6, 12 × 10.....	800 gr.
6° Un kyste rétro-cæcal (n° 7), 20 × 20.....	1 kil. 500
7° Un kyste de la rate (n° 8), 22 × 20.....	2 kil.
8° Un kyste du ligament large droit (n° 9), 8 × 10.....	550 gr.
9° Un kyste du ligament large gauche (n° 10), 8 × 8.....	400 gr.
10° Un kyste du repli de Douglas (n° 11), 8 × 8.....	350 gr.
11° Un kyste avoisinant le rectum et l'utérus (n° 12), 10 × 10.....	550 gr.

L'inégalité de poids des kystes de dimension semblable dépendant de la nature de leur contenu et de la transsudation du liquide après autopsie, soit en chiffres ronds un total de 21 kilog. de masse de nouvelle formation.

Dans cette observation, nous relevons principalement les points suivants :

1° La multiplicité, le volume des kystes hydatiques ; 2° la nature différente de leur contenu (hydatides vivantes, flétries, kyste suppuré ; 3° le déplacement considérable des organes ; 4° l'erreur presque fatale dans le diagnostic du kyste de l'ovaire puisqu'il a fallu un examen attentif pour démontrer que l'ovaire et les trompes étaient indemnes ; 5° La coexistence des lésions carcinomateuse et épithéliale de l'estomac et de l'utérus, la première ayant passé inaperçue ; 6° la longue survie de la malade malgré les troubles que devaient apporter au jeu régulier des diverses fonctions digestives principalement la coexistence de pareilles lésions et le déplacement consécutif des organes abdominaux.

Candidatures au titre de membre adjoint.

Sur les rapports de MM. GUINON, WALTHER, HARTMANN, BESANÇON, sont inscrits comme candidats au titre de membres adjoints, MM. P. TISSIER, CHIPAULT, VIGNARD, KLIPPEL.

ÉLECTION

M. HERYNG (de Varsovie) et V. CARLIER sont nommés membres correspondants.

Séance du 26 avril.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL

Avortement gémellaire. Rétention du placenta. Deux injections intra-utérines avec solution de sublimé au 2/1000. Hydrargyrisme aigu. Mort; autopsie, examen histologique, par H. LEGRAND, interne des hôpitaux, aide préparateur d'histologie à la Faculté.

OBS. — Ernestine Dem... 22 ans, infirmière, entre dans le service d'accouchements de la Charité (M. le Dr Budin suppléé à cette époque par M. le Dr Champetier de Ribes) dans la nuit du 24 au 25 décembre 1888.

Pas d'antécédents héréditaires ou de maladie antérieure ayant pu vraisemblablement déterminer des lésions prédisposantes (néphrite, entérite, etc.).

Enceinte une première fois en 1885, elle conduisit à terme une grossesse normale. Régulée pour la dernière fois en août 1888, la malade a eu pendant les premiers jours d'octobre une métrorrhagie abondante. La grossesse actuelle serait postérieure à cet accident.

Le 17 novembre elle est entrée dans un service de médecine et s'est laissée soigner pour une métrite, en dissimulant les signes subjectifs de grossesse qu'elle éprouvait. A deux reprises elle a perdu du sang en notable quantité : la métrorrhagie n'a cédé la seconde fois qu'aux potions d'ergotine, à la glace sur le ventre et aux injections très chaudes.

Les choses en étaient là quand le 24 décembre, en pleine recrudescence des douleurs de reins et de l'hémorrhagie, elle expulsa, vers le milieu de la nuit, un fœtus pesant 70 gr. et long de 18 centim. La délivrance fut tentée par la méthode des tractions, nous vîmes plus tard que le cordon avait été rompu à son insertion placentaire ; mais tout l'arrière-faix restait dans l'utérus, l'hémorrhagie persistait. C'est dans cet état que la malade fut transportée dans le service d'accouchement, où l'écoulement de sang s'arrêta spontanément.

25 décembre, 1 heure du matin. Expulsion de quelques caillots. Pas de frissons, pas de fièvre, température 37°. La malade est pâle, épuisée, anémique. Le toucher fait sentir quelques caillots dans le vagin ; un col assez volumineux et entr'ouvert largement. Rien ne flotte dans la cavité utérine. L'utérus s'élève à égale distance de l'ombilic et du pubis ; sa forme est globuleuse, sa consistance assez ferme. On fait une injection vaginale avec deux litres de solution de sublimé à 1 pour 2000. La malade ne pouvant uriner spontanément est sondée dans la matinée ; l'urine est claire et ne contient pas d'albumine ainsi qu'aurait pu le faire croire son teint pâle et son visage d'apparence infiltrée. Les iléocolons n'ont pas d'œdème. M. Champetier de Ribes examine la malade vers 10 heures du matin ; constate que les choses sont dans même état que ci-dessus ; il ordonne trois injections intra-utérines ns le courant de la journée, avec la solution du sublimé à 1 pour

2000; des injections vaginales fréquentes; potion de Todd, thé, régime lacté. La malade est placée dans une chambre d'isolement.

2 heures de l'après-midi. On fait une première *injection intra-utérine avec dix litres de solution de sublimé à 1 pour 2000*, au moyen de la sonde intra-utérine en celluloid de M. Budin. *Immédiatement après on fait passer encore quatre litres de solution boriquée à 2 pour 100*. Peu de temps après surviennent des contractions régulièrement espacées, douloureuses.

5 heures. *Deuxième injection intra-utérine avec mêmes quantités des mêmes solutions*. On constate en introduisant la sonde que le col est plus dilaté, l'orifice interne plus largement ouvert que l'externe. Une portion de l'œuf flotte dans la cavité utérine. Cinq minutes environ après le début de l'injection, la malade profère des plaintes: elle dit éprouver de violentes douleurs dans le bas-ventre. On termine l'injection, l'écoulement se faisant toujours bien; mais peu d'instants après la malade est prise brusquement de nausées bientôt suivies de vomissements alimentaires.

Minuit. Miction spontanée. Aspect et quantité normales. Le col est plus largement ouvert; en partie effacé; partout où le doigt peut atteindre dans la cavité utérine, on arrive sur une masse spongieuse, de consistance placentaire. Les contractions sont de plus en plus fortes; dans l'intervalle, le ventre n'est pas douloureux.

Le 26. Dès 3 heures du matin. La malade paraissant mal, on me prévient; je constate un léger écoulement sanguin et par le toucher je reconnais entre la masse spongieuse et le col un fœtus engagé par le siège. Je l'extrais sans difficulté; il est aplati par pression, de même volume que le premier. *Je fais séance tenante une injection intra-utérine avec quatre litres d'eau boriquée à 2 pour 100*.

Les injections vaginales de la veille et de la nuit ont été faites toutes les 2 heures alternativement avec du sublimé à 1 pour 2000, de l'eau boriquée à 2 pour 100, et de l'eau phéniquée à 1 pour 100.

A 5 heures 1/2 perte peu abondante.

A la visite on constate que la malade a un peu de stomatite. Dans la journée un peu de diarrhée; mictions spontanées, urine d'aspect normal. Quelques nausées, pas de fièvres (37°, 5).

A partir de ce moment on n'a plus fait aucune injection intra-utérine ou vaginale avec la solution de sublimé.

11 heures du soir. Le placenta est expulsé spontanément; pas de fétidité. Il reste dans l'utérus des fragments de la caduque et du chorion de l'un des œufs. Injection intra-utérine avec de l'eau bouillie phéniquée à 1 pour 100, et de l'eau boriquée à 2 0/0.

Le 27. La température est normale. La malade se plaint de coliques persistantes. La bouche est en mauvais état. Gingivite, salivation abondante, haleine fétide; diarrhée presque continuelle. On n'a pas recueilli d'urine de la journée; dans la soirée la sonde est introduite à 2 reprises différentes; *anurie*.

Le 28. L'anurie persiste depuis 24 heures; diarrhée aqueuse très abondante. Température entre 37° et 37°, 5. La langue est enduite d'un couleux grisâtre, épaisse; sa face inférieure, qui la veille présentait quelques petites efflorescences rouges, est dépouillée de façon à figurer deux larges exulcérations grisâtres, gencives rouges; salivation extrême.

mement abondante ; horrible fétidité de l'haleine. Régime lacté absolu ; eau albumineuse ; grands lavements d'eau de son.

Les 29, 30 et 31. Diarrhée fétide, muqueuse, *frai de grenouille*. La malade a dû uriner un peu. Exulcération de la voûte palatine.

Gargarismes et grands lavements.

1^{er} janvier. La malade se trouve mieux ; l'état local de la bouche paraît meilleur. Le visage est pâle et bouffi ; les jambes un peu œdémateuses ; hyperesthésie des jambes, surtout à droite. Le soir, *hypothermie*, 36°,4 à 4 heures ; à 7 heures 36° ; délire tranquille.

La respiration est rapide, très profonde, avec effort des muscles respirateurs accessoires. A l'auscultation on entend partout des sibilances et des bulles humides sous-crépitanes. Respiration un peu soufflante à la base gauche. Bruits du cœur sourds, précipités, la main appliquée sur la poitrine ne perçoit qu'une faible ondulation. Pouls extrêmement rapide.

10 heures du soir. — Refroidissement périphérique très sensible à la main. La malade est inerte dans le décubitus dorsal. L'intelligence persiste.

Mort à 7 heures du matin.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort.

Tube digestif. — La bouche présente un certain nombre d'ulcérations à la voûte palatine, à la face inférieure de la langue et aux gencives. L'œsophage, l'estomac et l'intestin grêle nous ont paru indemnes de lésions. Tout le gros intestin est couvert d'eschares et d'ulcérations. Elles apparaissent dans le cæcum ; deviennent plus fréquentes et plus grandes dans le côlon ascendant ; diminuent un peu de nombre dans le côlon transverse ; augmentent de nouveau dans le côlon descendant, pour acquérir leur maximum de fréquence et de grandeur dans le rectum jusqu'au voisinage de l'anus.

D'une façon générale, ces lésions occupent les points saillants, les plis transversaux de la muqueuse intestinale ; tantôt elles sont isolées et arrondies, le plus souvent elles affectent la forme d'un ilot allongé transversalement ; elles ne font pas le tour complet de l'intestin. Vers la partie inférieure du rectum, occupant toujours la partie saillante des plis de la muqueuse, elles deviennent longitudinales comme les plis du rectum. Par place on voit des bandes, dont la direction est respectivement perpendiculaire, de sorte que l'aspect est pour ainsi dire quadrillé. Les eschares sont d'un gris jaunâtre, comme recouvertes d'une fausse membrane, dures au toucher ; elles adhèrent encore assez fortement au tissu sous-jacent et à la périphérie de quelques-unes on voit se creuser un sillon rougeâtre d'élimination.

Lorsque l'eschare est tombée, on trouve une ulcération intéressant la muqueuse ; le contour en est ovalaire ou arrondi, les bords un peu épais, non décollés, le fond grisâtre ou rosé et bourgeonnant.

Après l'intestin, les reins nous ont paru le plus malades.

Le rein droit pesait 210 gr. ; le gauche 200 gr.

Ils sont volumineux, pâles, blancs, avec des étoiles de Verheyen à marquées. Leur consistance au toucher et à la coupe est molle. La capsule s'enlève très bien. La substance corticale est d'une couleur saumon, près de laquelle les pyramides se détachent en rouge riche foncé. A la coupe, on voit suinter une sérosité rougeâtre comme il y avait une infiltration œdémateuse du viscère.

Le rein droit paraissait un peu plus malade.

La *vesse* revenue sur elle-même, saine, ne contenait pas de liquide.

L'*utérus* et les organes génitaux présentaient un aspect normal; leur surface péritonéale était absolument saine, sans vascularisation, sans exsudat et sans adhérences anormales pouvant faire supposer une irritation même légère. La muqueuse utérine était recouverte de légers détritrus grisâtres disparaissant rapidement sous un filet d'eau, et sous lesquels l'aspect rosé normal était visible autour de la surface d'insertion placentaire demeurant un peu rugueuse.

Le *pancréas* et la *parotide* avaient à l'œil nu l'aspect ordinaire.

Le *foie* pesant 1460 gr. était d'aspect normal, pâle.

La *rate*, 160 gr. idem.

Le *cœur* 250 gr. un peu chargé de graisse.

Les *poumons* présentaient seulement un peu de bronchite et d'infiltration oedémateuse des bases.

Examen chimique. — Notre ami Winter, ancien interne en pharmacie, préparateur de M. le professeur Hayem, a bien voulu examiner chimiquement l'un des reins et un morceau du foie. La présence du mercure a été constatée dans les reins seulement.

Nous nous sommes efforcé avec différents réactifs, et notamment l'acide sulfhydrique et le sulfhydrate d'ammoniaque, de localiser mécaniquement le mercure dans les viscères et les éléments anatomiques, comme nous l'avons fait récemment pour le plomb (1), nous n'avons dans ce cas obtenu aucun résultat.

Examen histologique. — Les fragments ont été reçus dans l'alcool, la liqueur de Müller, et durcis soit par la gomme et l'alcool soit par l'alcool absolu.

Le *gros intestin* a été coupé en divers points, notamment dans les endroits où existaient les eschares pseudo-membraneuses jaunâtres, perpendiculairement à sa surface.

1° Dans l'intervalle des ulcérations, tout est d'apparence normale; les cellules épithéliales des glandes tuberculeuses montrent cependant un état de tuméfaction qui les transforme presque toutes en cellules caliciformes gorgées de mucus clair que l'on retrouve dans la lumière de la glande ou à la surface des coupes, formant un coagulum qui renferme de nombreuses cellules cylindriques desquamées. Il s'agit ici d'une simple irritation catarrhale. Au niveau des ulcérations, les lésions sont plus complexes. En examinant un certain nombre de coupes prises en différents points, on peut suivre pour ainsi dire pas à pas le processus.

2° La lésion débute par un gonflement de la sous-muqueuse; gonflement qui peut arriver à doubler et à tripler son épaisseur normale. Il se fait une diapédèse ou une prolifération considérable de cellules rondes dans tous les espaces conjonctifs qui se trouvent bientôt dilatés, présentant une sorte d'état spongieux hydrotomisé. Les faisceaux conjonctifs sont distendus, tirillés en tous sens. A ce stade, ils se colorent encore en rose; les leucocytes disposés dans les espaces se colorent en rouge par le carmin, en bleu par l'hématoxyline, ils sont fortement granuleux. Les cellules adipeuses normales sont aussi

(1) Un cas de saturnisme héréditaire. *Soc. biologie*, 1888.

nombreuses que dans les autres points. Par place on trouve des vaisseaux remplis de globules rouges, et aussi de petites hémorragies interstitielles vers la surface. La couche glanduleuse est encore intacte ou présente des traces d'irritation catarrhale. La couche musculieuse paraît saine et du reste conserve toujours le même aspect ; même au-dessus des lésions les plus profondes.

3° A un stade un peu plus avancé, le gonflement de la sous-muqueuse est encore augmenté, et en examinant les coupes avec un faible grossissement, on trouve au milieu de ce tissu gonflé un réseau irrégulier d'aspect rameux, marbré, fortement coloré en rouge par le picrocarmin. A première vue on le prendrait pour un réseau de vaisseaux congestionnés ; mais avec un fort objectif on reconnaît qu'il s'agit d'un réseau formé par les cellules fixes plasmatiques unies par leurs prolongements devenus très apparents et présentant un aspect finement grenu. Ces éléments se colorent fortement en rouge par le carmin ; l'hématoxyline ne les colore pas ; la réaction de Weigert pour la fibrine les colore au contraire nettement. On ne voit pas les noyaux de ces cellules fixes dont la substance a été profondément modifiée. La couche glandulaire commence dès lors à être altérée. D'abord le fond des glandes puis toute leur paroi se colore plus fortement en rouge foncé par le carmin ; en même temps la hauteur de la glande diminue progressivement, elle se fond et disparaît peu à peu.

4° L'ulcération est formée ; elle est limitée à droite et à gauche par des glandes en voie de disparition. Dans cet intervalle vient bomber la sous-muqueuse gonflée, dont les altérations ont encore augmenté. Dans les couches profondes, on trouve encore le réseau rouge foncé des cellules plasmatiques, avec des faisceaux fibrillaires colorés en rose et les leucocytes remplissant tous les espaces. Quelques cellules adipeuses persistent mais elles se font rares. A mesure que l'on approche de la surface l'aspect change. Les faisceaux conjonctifs cessent de se colorer en rose ; ils deviennent vitreux, brillants, de couleur ambrée. Le réseau rouge des cellules fixes n'est plus aussi apparent. Les leucocytes sont au contraire plus abondants que jamais et forment des amas et des nappes volumineuses.

Près de la surface libre, on ne trouve plus qu'une substance finement grenue ou fibrillaire d'aspect homogène et colorée en rose pâle ; sillonnée encore çà et là par des travées brillantes, ambrées, reste des faisceaux conjonctifs mortifiés. Les leucocytes ne se colorent plus pour la plupart et leurs débris forment sans doute la matière grenue qui donne à ce tissu un aspect compact. Par places enfin la mortification paraît complète, le tissu ne se colore plus et l'eschare mortifiée est prête à tomber dans la cavité intestinale. Son aspect est grenu, filamenteux, et l'on y trouve çà et là des granulations foncées qui lui donnent son aspect jaunâtre et paraissent être du pigment biliaire ou hématique.

Sur d'autres points on trouve un véritable processus d'élimination, caractérisé par un sillon, et une zone active de prolifération embryonnaire.

Ajoutons un détail que nous ont montré les préparations faites par *la méthode de Weigert pour colorer la fibrine* ; l'eschare et le tissu exubérant des ulcérations sont infiltrés de nombreuses bactéries ; on y trouve surtout un bacille ayant à peu près la forme du bacille de

la tuberculose mais notablement plus gros et plus facile à colorer. Cette constatation est bien faite pour faire désespérer de la réalisation de l'antipsie intestinale, au moins par le sublimé !

Reins. — Les fragments ont été placés dans l'acide osmique en solution à 1 pour 100, dans la liqueur de Muller et dans l'alcool. Les lésions doivent être étudiées au niveau de la substance corticale, au niveau de la base des pyramides, au niveau de leur sommet.

1° *Dans la substance corticale, les glomérules de Malpighi* sont en général diminués de volume, flétris, anémiés ; un espace clair les sépare de la capsule de Bowmann ; aucun exsudat ne remplit cet espace. Les noyaux du bouquet vasculaire sont plus nombreux qu'à l'état normal ; il existe un certain degré de glomerulite.

Les *tubes contournés* sont profondément altérés dans leur épithélium réduit à une mince bandelette accolée contre la paroi. Ces bases de cellules sont fusionnées ensemble, en une substance opaque, colorée en rouge brun par le picro-carminate, en brun foncé par l'acide osmique ; ici les noyaux sont absents, probablement éliminés ; ailleurs ils sont au contraire volumineux, saillants et presque libres dans la cavité du tube, peu colorés. En beaucoup de points ces restes d'épithélium sont détachés de la paroi, flottants dans la cavité, ou même totalement absents. La lumière des tubuli se trouve donc souvent largement béante ; en d'autres points on la trouve obstruée par une substance amorphe, transparente, non réfringente, colorée en gris clair par l'acide osmique, en rose tendre par le carmin. De place en place, on voit accolées à la paroi des boules hyalines tranchant par leur aspect clair, incolore, au milieu de cette substance. Les capillaires situés entre les tubulis ne sont pas apparents. Ils sont aplatis, vides de globules ou n'en renferment que très peu.

2° *Au niveau de la base des pyramides de Malpighi*, l'attention est attirée par les pyramides de Ferrein qui renferment presque toutes parmi leurs autres tubes, deux ou trois conduits dépourvus d'épithélium de revêtement, triplés ou quadruplés de volume, et remplis de boules volumineuses d'aspect tout particulier. Ces boules sont tassées les unes contre les autres, arrondies, à contour net, nullement fusionnées entre elles, aucune substance ne les enveloppe comme d'une gangue commune. Sans coloration, elles sont ambrées, brillantes, vitreuses. Elles se colorent facilement et d'une façon homogène par les divers réactifs, de sorte que l'attention est attirée rapidement sur elles : l'acide osmique les colore en brun foncé, le picro-carmin en orange brillant, le carmin d'alun en rouge violacé. La réaction de Weigert pour la fibrine (action successive du violet de méthyle, de l'iode, de l'huile d'aniline et xylol) ne les colore pas. L'hématoxyline les colore aussi fortement. Elles ne sont dissoutes ni par l'acide acétique ni par l'éther. La nature de ces boules nous échappe ; il est remarquable toutefois qu'elles affectent les réactions de coloration de la substance des noyaux. Les tubes à boules vitreuses ne se rencontrent que dans les pyramides de Ferrein et la partie avoisinante de la base des pyramides.

3° *Dans la substance des pyramides*, on remarque bien vite que presque tous les tubes ont une paroi peu altérée, mais sont remplis complètement par des cylindres d'aspect différent. Les uns sont grenus, brunâtres, ils ne se colorent pas par le carmin ; le fort grossis-

sement fait reconnaître qu'il s'agit de globules du sang plus ou moins altérés. Ce sont les plus nombreux ; plusieurs gros tubes de Bellini se montrent complètement obstrués par ces cylindres cruriques. D'autres tubes sont remplis par des grains réfringents, ayant un peu l'aspect des boules vitreuses, mais n'en présentant pas les réactions de coloration. D'autres enfin contiennent des cylindres colloïdes repliés sur eux-mêmes, ayant un aspect onduleux dans l'intérieur du tube. Aucun tube ne contenait de substances calcaires regardées par Saenger comme caractéristiques des néphrites mercurielles. Les vaisseaux de la pyramide sont gorgés de sang et en beaucoup d'endroits les globules sont manifestement épanchés dans les interstices du parenchyme.

Faisons remarquer enfin qu'il n'existe dans ces reins aucune prolifération interstitielle, sauf peut être au niveau des glomérules ; et que, de plus, nulle part l'acide osmique n'a déterminé de coloration noire opaque, indice de dégénération graisseuse.

Foie. — Les coupes ont porté sur des fragments provenant de parties centrales du lobe droit, et du bord tranchant du lobe gauche. L'aspect de ces deux portions est très différent.

Sur les coupes provenant de la masse des viscères, l'aspect est à peu près normal ; pas de prolifération interstitielle ; pas de congestion des vaisseaux. Les noyaux des cellules hépatiques ont leur volume normal, se colorant bien, rendus cependant moins apparents que d'ordinaire par un aspect un peu trouble du protoplasma.

Les coupes ayant porté sur le bord tranchant du lobe gauche ont tout d'abord un aspect moins foncé, le protoplasma des cellules est moins opaque. Avec un grossissement un peu fort (4, Verick) on est bientôt frappé par l'aspect particulier des noyaux des cellules hépatiques. Ces noyaux paraissent beaucoup plus abondants, ils sont très apparents, augmentés de volume, tuméfiés, et par points semblent se toucher ; de plus au lieu d'être colorés, ils sont clairs, presque réfringents ; on les prendrait pour des globules graisseux, si avec un peu d'attention on ne remarquait qu'ils sont limités par un contour net, coloré, et renfermant au centre de chacun d'eux une matière chromatique affectant des formes différentes. On remarque, avec le même grossissement, que l'abondance de ces noyaux est variable dans les différentes régions de la coupe ; il en existe çà et là des nids, et en examinant un certain nombre de points de la préparation, on voit qu'il y a dans la répartition de ces nids une véritable ébauche de *systématisation*. Le voisinage des veines portes renferme le plus grand nombre de ces noyaux ; au voisinage même de la veine, ils deviennent particulièrement abondants. Par places il n'y a presque plus de protoplasma ; pour indiquer la direction des trabécules hépatiques, partout on ne voit que des petits cercles clairs, à contour net. Il résulte de cette disposition que les nids occupent le centre du lobule portobiliaire, que plusieurs de ces nids peuvent se voir à la périphérie du lobe sus-hépatique, sur lequel ils empiètent chacun pour sa part : ns limite bien nette ; de sorte que si l'on considère maintenant le lobe sus-hépatique on le voit entouré d'une zone périphérique de cellules à noyaux tuméfiés. Ajoutons que cette disposition doit être cherchée sur certains lobules dont l'orientation a été favorable à la coupe et e, dans beaucoup d'endroits, la *tuméfaction claire des noyaux* a

gagné le centre même du lobule et le voisinage de la veine sus-hépatique de sorte que la systématisation susdite n'est plus aussi apparente. En un mot la tuméfaction claire paraît débiter et progresser comme la surcharge graisseuse systématisée du foie des tuberculeux ; nous pouvons la rapprocher ainsi de la systématisation du plomb dans la cirrhose saturnine héréditaire que nous avons récemment décrite.

Les voies biliaires et leur voisinage ne présentent rien de spécial. Les forts grossissements permettent de mieux étudier les noyaux atteints de *tuméfaction claire*. Toutes les colorations : picro-carmin, carmin, alun, hématoxyline, safranine ont réussi. Ces noyaux peuvent se présenter avec quelques différences d'aspect dénotant les divers stades d'une évolution aboutissant à la *division par karyokinèse*, mais nous devons dire que sur le plus grand nombre des noyaux le processus est arrêté aux premiers degrés de l'évolution, soit que la division indirecte se prépare, soit que les cellules aient été déjà durcies ainsi que le fait penser le nombre considérable des noyaux. Il faut chercher ça et là les véritables figures karyokinétiques. Les noyaux sont d'abord arrondis, doublés ou triplés de volume. Leur substance est claire, incolore, presque réfringente et tranche sur le protoplasma granuleux, dont il semble que le noyau cherche à se dégager en se plaçant à la périphérie de la cellule. Le contour du noyau est net, limité par une ligne pure, fine et délicatement colorée. Au centre se voit la substance chromatique nette, fortement colorée et présentant des formes différentes : ce sont tantôt des granulations réunies en amas, tantôt un filament commençant à se dérouler, formant deux petites masses unies par un boyau. Telles sont les figures observées dans presque tous les noyaux. Sur d'autres plus volumineux encore devenus elliptiques, on voit la substance chromatique refoulée près des extrémités du grand axe, et affectant la forme de deux parenthèses à concavité tournée vers le centre de la figure.

On peut trouver quelques noyaux en pleine division avec l'étranglement de leur substance ; d'autres enfin viennent de se diviser et restent encore accolés par des surfaces aplaties. Au centre de chacun s'est reproduit le peloton de substance chromatique. Les formes les plus volumineuses sont les noyaux elliptiques dans lesquels la substance chromatique est refoulée aux deux extrémités ; ils atteignent jusqu'à 18 et 20 μ . dans leur plus grand diamètre. Ajoutons que l'action de l'acide osmique sur ces coupes n'y a décelé aucun gouttelette graisseuse.

Pancréas. Les coupes de pancréas nous ont montré une glande normale et parfaitement conservée. Les canalicules excréteurs paraissent seulement obstrués par des cellules desquamées mais tous les acini et les cellules sont visibles et cette conservation même des éléments d'un pancréas recueilli au bout de 24 heures constitue un fait intéressant, car on sait que la glande se digère habituellement elle-même au bout de très peu de temps. Sous l'influence de l'intoxication mercurielle n'y a-t-il pas eu destruction ou arrêt de production des ferments pancréatiques ?

Parotide. La parotide présente une altération parenchymateuse profonde. Les coupes sont opaques, fortement colorées en rouge par le picro-carmin. Par places seulement on trouve un groupe d'acini présentant l'aspect clair normal et des cellules intactes.

Avec un fort grossissement on voit que la plupart des acini sont flétris et renferment un amas granuleux dans lequel on ne reconnaît plus que difficilement le contenu des cellules et les noyaux.

RÉFLEXIONS. — Nous nous réservons de faire ailleurs quelques remarques sur la partie clinique de cette observation surtout au point de vue du mécanisme de l'intoxication.

Nous voulons seulement ici relever quelques passages de l'examen anatomo-pathologique.

Les lésions de l'intestin sont classiques; les *ulcérations dysentériques* du gros intestin, avec exsudat pseudo-membraneux sont en effet les plus fréquentes, ainsi que l'ont encore récemment montré Virchow (1), Grawitz (2), etc. Il est intéressant de constater qu'elles se sont produites bien qu'aucune particule de mercure n'ait été introduite directement dans le tube digestif. Il s'agit donc, non pas de lésions directes, mais de lésions d'élimination, et notre observation vient par un autre mécanisme confirmer l'expérience de Grawitz. On sait, en effet, que cet auteur, après avoir pratiqué un anus artificiel à un chien au niveau du rectum, l'empoisonnait avec du sublimé. Les matières diarrhéiques sortaient par l'anus artificiel et le poison ne pouvait irriter le bout inférieur de l'intestin; cependant le rectum, au-dessous de l'orifice, n'en présentait pas moins de profondes ulcérations. Nous ne pouvons toutefois nous ranger à l'opinion de l'auteur allemand qui explique la formation des ulcérations par des convulsions de la tunique musculieuse comprimant les parties sous-jacentes de la muqueuse congestionnée. Il s'agit bien certainement de lésions irritatives causées localement par le poison, et débutant au voisinage du réseau vasculaire de la sous-muqueuse.

Nous voulons en second lieu signaler particulièrement les lésions du foie, la tuméfaction claire et la karyokinèse des cellules hépatiques. Plusieurs intéressants travaux sur la karyokinèse des cellules du foie ont été communiqués ici même l'année dernière. Rapprochant notre observation des précédentes, nous concluons qu'il s'agit dans notre cas d'une véritable irritation de l'élément hépatique, et nous attirons spécialement l'attention sur la *localisation*, la *systématisation*

(1) *Berliner klin. Woch.*, 1888.

(2) *Deutsch. med. Woch.*, 1888.

des lésions irritatives. Il est intéressant de rapprocher, pour la localisation, cette observation de notre cas de cirrhose saturnine dans laquelle les dépôts de plomb se voyaient aussi surtout au niveau des bords du foie, de son lobe gauche tandis que le centre du viscère était à peu près intact. De même le lobule porto-biliaire paraissait surtout intéressé. Pour étudier l'action des poisons sur le foie, il paraît indiqué de choisir de préférence les bords et les languettes de cet organe.

Cancer du pancréas avec noyaux de généralisation à l'omoplate et au foie, par M. ISCH-WALL, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.

Le nommé Chant..., âgé de 68 ans, entre le 8 avril salle St-Landry, à l'Hôtel-Dieu. C'est un homme assez vigoureux, au teint terreux mais c'est là sa coloration habituelle. Il se plaint d'une volumineuse tumeur située au niveau de l'omoplate droite.

Le père de ce malade est mort lorsqu'il avait 3 ans ; il ne peut donner sur lui aucun renseignement. Sa mère est morte à 50 ans, huit jours après avoir reçu un coup de pied sur le sein ; jamais on ne lui avait connu de maladies. Il a deux frères très sains, âgés de 81 et 75 ans. Il ne peut donner aucun renseignement sur ses grands parents. Quant à lui, il dit s'être très bien porté jusqu'à ces derniers temps. Il y a 3 mois il ressentit un craquement dans l'épaule droite en faisant un mouvement : depuis ce moment l'épaule est restée légèrement douloureuse. Il continua néanmoins à travailler mais les douleurs s'accroissant, il dut, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, suspendre tout travail. A ce moment il avait déjà à l'omoplate, une tumeur dont l'apparition avait été très rapide. Huit jours auparavant il s'était en effet présenté à l'hôpital réclamant son admission, mais sa démarche avait été repoussée, le chirurgien consultant ne lui ayant trouvé aucune lésion.

Lorsque nous examinons Chant... à son entrée dans le service, nous trouvons au niveau de l'omoplate droite une tuméfaction arrondie, hémisphérique, ayant environ 17 à 18 centim. de diamètre en tous sens. La peau à ce niveau est saine, de coloration normale et libre de toute adhérence avec les parties profondes. A la palpation, on constate que cette tuméfaction remplit les fosses sus et sous-épineuses en passant au-dessus de l'épine de l'omoplate que l'on ne peut distinguer au milieu de sa masse. Cette tumeur est recouverte par les muscles sus et sous-épineux que l'on sent se tendre à sa surface en faisant exécuter au malade des mouvements d'adduction du bras ; pendant que ces muscles se contractent on aperçoit entre l'acromion et le corps de l'omoplate une sorte de crépitation neigeuse rappelant celle des synovites crépitanes.

Cette tumeur est absolument soudée à l'omoplate, elle ne peut être isolément mobilisée, il est impossible de saisir un point d'implantation car elle s'étale, se diffuse en quelque sorte à la surface de l'os. Sa

consistance est nettement fluctuante : la fluctuation est uniformément répartie dans toute sa masse et le liquide qu'elle semble renfermer est aisément renvoyé d'une de ses extrémités à l'autre. La palpation est très peu douloureuse.

En interrogeant le malade nous apprenons que son épaule droite a toujours été plus volumineuse que la gauche, mais il en est ainsi, paraît-il, chez tous les gens de sa profession (il est ébéniste). Jamais il n'a subi de traumatisme sur le moignon de l'épaule ; sa santé est excellente et il n'attire notre attention sur aucun trouble viscéral. L'examen de ses urines ne nous laisse rien découvrir de particulier. L'auscultation des poumons ne révèle aucune affection de ces organes.

Nous parlerons bientôt des difficultés du diagnostic chez ce malade, qu'il nous suffise de savoir pour l'instant que divers diagnostics ayant été énoncés, on résolut de lever les doutes en ponctionnant la tumeur avec un gros trocart. Cette ponction ne donne issue qu'à une petite quantité de sang et pourtant le trocart semblait se mouvoir librement dans une cavité : on pouvait le tourner en tous sens à l'intérieur de la tumeur et, ce faisant, on provoquait une certaine crépitation.

Après cette ponction le diagnostic resta hésitant entre un ostéosarcome et une gomme de l'omoplate, cette dernière affection ne fut toutefois admise qu'à titre d'hypothèse et l'on soumit le malade au traitement spécifique. La tumeur parut alors diminuer un peu, mais, au bout de huit jours, le traitement n'ayant pas produit ce qu'on était en droit d'attendre, on fit une nouvelle ponction qui donna des résultats identiques à la première ; lorsqu'on retira le trocart on ramena avec lui un petit lambeau de tissu qui fut immédiatement dissocié et examiné au microscope. Cet examen sembla confirmer notre diagnostic d'ostéo-sarcome.

Le malade resta dans un état stationnaire pendant quelques jours, son état général se maintenant d'une façon satisfaisante, on allait enfin lui extirper sa tumeur lorsque le 19 avril il mourut subitement.

AUTOPSIE. — *Tumeur de l'omoplate.* — Cette tumeur occupe les deux faces de l'omoplate ; elle a perforé cet os et ses deux portions communiquent par un orifice de 3 centim. de diamètre creusé au niveau de l'implantation de l'épine.

A la face postérieure de l'omoplate, la tumeur est située dans les fosses sus et sous-épineuses, elle passe de l'une à l'autre en partie par-dessus l'épine, en partie par une perte de substance osseuse correspondant à l'orifice que nous avons signalé sur le corps du scapulum. Cette perte de substance a déterminé une fracture de l'épine au point où elle se dégage de l'omoplate pour aller former l'acromion. La tumeur s'étend de la partie moyenne de la fosse sous-épineuse jusqu'au bord supérieur de l'omoplate qu'elle dépasse ; dans le sens transversal elle va du bord interne de l'omoplate jusqu'à un point situé à 1 cent. en dedans de la cavité glénoïde. Elle soulève très fortement les muscles sus et sous-épineux ; sa forme est hémisphérique.

Sur la face antérieure de l'omoplate, la tumeur soulève fortement sous-scapulaire, elle descend jusqu'au milieu de la fosse sous-scapulaire, et s'élève jusqu'à la coracoïde ; transversalement elle va d'un bord à l'autre du scapulum.

Lorsque l'on coupe transversalement la tumeur, on voit un tissu

grenu, rougeâtre, peu consistant, entremêlé de zones grisâtres, et de zones plus rouges.

On remarque par places de petits foyers hémorrhagiques.

Pancréas. — La tête du pancréas est entièrement envahie par une masse dure, blanche, criant un peu sous le scapel, cette masse est grosse comme une mandarine et se prolonge en haut vers le foie qu'elle atteint au niveau de l'union du sillon transverse et du niveau du sillon longitudinal postérieur gauche.

Foie. — Aucun noyau néoplasique n'existe dans cet organe au niveau du contact avec la tumeur du pancréas. Mais sur le bord supérieur, on trouve un noyau blanc assez dur gros comme une noix.

Le système ganglionnaire tant thoracique qu'abdominal est sain.

Le cœur offre à considérer dans l'auricule droite un caillot sanguin remplissant complètement sa cavité et faisant saillie dans l'oreillette. Ce caillot, déjà ancien, est d'un rouge brunâtre, entremêlé de stries fibrineuses blanches. Nous ne trouvons rien de notable dans les autres organes.

Examen histologique. — Nous avons pratiqué cet examen avec l'aide de notre collègue de Grandmaison et nous avons vu que les tumeurs de l'épaule, du foie, du pancréas renfermaient de gros éléments cellulaires polymorphes, d'apparence épithéliale, groupés dans des alvéoles de tissu conjonctif. Nous avons trouvé, de plus, dans les pièces provenant de la tumeur de l'épaule certains points formés d'un tissu finement réticulé semblant provenir des ganglions lymphatiques englobés dans le néoplasme.

Nous avons examiné les caillots du cœur : ils étaient déjà anciens ; on y voyait, au sein de strates de fibrine, des petits granules extrêmement fins de pigment sanguin. Les premières pièces que nous avons étudiées s'étant justement trouvées fournies de tissu réticulé, notre diagnostic histologique fut d'abord lymphadénome ; mais de nouvelles coupes nous démontrèrent bientôt que nous avions à faire à un épithéliome, ayant probablement débuté dans le pancréas et s'étant généralisé au foie et à l'épaule.

RÉFLEXIONS. — Cette observation mérite, croyons-nous, quelques considérations, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique. La fluctuation nette que présentait la tumeur de notre malade avait suscité deux diagnostics : Hygroma d'une bourse séreuse accidentelle et abcès froid. L'un de nous, pourtant, se basant sur l'état général du malade, sur la forme spéciale, étalée, de la tumeur avait émis l'idée de la possibilité d'un ostéo-sarcome. On n'avait pensé à la syphilis que secondairement et on n'essaya le traitement que par acquit de conscience.

Nous venons de dire que la forme étalée de la tumeur nous avait suggéré l'idée d'un ostéo-sarcome, c'est qu'en effet nous croyons qu'il y a là un signe important de cette

affection. Lorsqu'on hésite entre le diagnostic de tumeur maligne d'un os et d'abcès froid ostéopathique, si la tuméfaction fait corps avec une large surface du segment osseux, si elle se perd sur lui par ses bords, s'il est impossible de saisir d'une façon exacte le point où elle commence, si, en un mot elle se diffuse, on a très probablement affaire à un ostéo-sarcome, ou tout au moins à une tumeur maligne. L'abcès froid est moins étalé, il bombe davantage, en peut généralement sentir un sillon, un angle entre son point de départ et la surface osseuse, parfois même, il semble se pédiculiser et son point d'attache est moins volumineux que sa partie libre. Ce caractère de nombre de tumeurs malignes des os n'a pas une valeur absolue mais, nous avons pu plusieurs fois nous en assurer, il permet dans quelques cas d'éviter une erreur de diagnostic ou de poser une réserve dans un cas douteux. C'est ainsi que chez notre malade, malgré la plus franche des fluctuations, nous avons pensé à une tumeur maligne. La ponction exploratrice étant venue confirmer ce diagnostic, nous nous demandâmes comment avait évolué la tumeur : elle semblait dater de trois semaines au maximum, temps bien court pour son volume. L'examen nécroscopique éclaira cette question ; la tumeur était peut-être secondaire et nous savons avec quelle rapidité marchent souvent les noyaux de généralisation des néoplasmes, mais une autre hypothèse nous semble plus vraisemblable : ce malade, depuis longtemps déjà, devait être atteint de son épithéliome ; jamais il ne s'était aperçu de l'existence de sa tumeur scapulaire, qui, pendant une longue période silencieuse, avait perforé la fosse sous-épineuse, s'était répandue dans la fosse sous-scapulaire et enfin avait envahi l'épine de l'omoplate et l'avait rendue si friable qu'un jour, à l'occasion d'un simple mouvement, elle se fractura. C'est ce jour-là, croyons-nous, que ce malade perçut un craquement dans son épaule, et c'est de ce moment qu'ont daté ces douleurs. Lorsque la tumeur a fait saillie à l'extérieur elle a pu ne mettre que 3 semaines à acquérir son grand volume mais, déjà elle avait envahi toutes les parties profondes.

Il est remarquable que la tumeur pancréatique, ayant englobé toute la tête du pancréas, n'ait traduit sa présence par aucun symptôme, mais cela n'a rien qui nous étonne : nous avons, en effet, montré dans une communication anté-

rière que le cancer du pancréas évolue sourdement et ce n'est que tardivement qu'il trahit sa présence par des troubles fonctionnels, et ceux-ci, bien souvent, à l'encontre des affirmations de MM. Bard et Pie, loin de permettre de faire un diagnostic précis, égarent le clinicien, et le font songer à tout autre chose qu'à un carcinome pancréatique. La présente observation n'est pas faite pour modifier notre opinion sur ce point.

La nature de la tumeur que portait notre malade est intéressante par elle-même. C'était un épithélioma et nous ne sommes pas habitués à voir cette variété de néoplasmes siéger au point où nous venons de la décrire, aussi pensons-nous que la tumeur de l'omoplate n'était qu'un noyau de généralisation. A l'appui de cette opinion, nous ne prendrons pour preuve que l'incident suivant, survenu pendant nos recherches histologiques. Avec l'aide de notre ami, de Grandmaison, nous examinâmes des coupes de la tumeur de l'épaule, et nous vîmes un fin tissu réticulé, dans les mailles duquel étaient englobés de nombreux globules sanguins et des éléments embryonnaires. A ce moment, nous crûmes à l'existence d'un lymphadénome ; mais sur d'autres coupes, nous vîmes, groupés dans des alvéoles de tissu conjonctif, de gros éléments polymorphes, d'apparence épithéliale, et notre diagnostic dut être modifié. Nous avions donc bien affaire à un épithélioma, mais que signifiait l'amas de tissu adénoïde que nous avions primitivement rencontré ? Nous pensons qu'il correspondait à un ganglion lymphatique englobé dans la tumeur, et dans lequel aurait débuté le foyer scapulaire de généralisation. L'examen des tumeurs du foie et de la rate confirmèrent notre manière de voir relative à la tumeur de l'épaule, car celles-ci étaient nettement de l'épithéliome.

Le diagnostic est donc : épithélioma primitif du pancréas, généralisé au foie et à l'épaule. Quant au caillot cardiaque, nous n'avons pu y trouver trace d'éléments néoplasiques. C'était un simple caillot ancien.

M. THIÉRY. — Il y a un fait intéressant dans la perforation de la feuille scapulaire avec pénétration de la tumeur dans la fosse sous-scapulaire.

J'ai déjà pu observer à deux reprises cette perforation

dans le premier cas il s'agissait d'une malade atteinte d'abcès froid costal, le pus faisait un relief assez peu considérable sous la peau : M. Polaillon dans le service duquel nous avons observé cette malade en 1887 incisa, tomba sur une perforation de l'omoplate qui nécessita la résection de tout le 1/3 inférieur de l'os : il s'écoula une quantité de pus considérable.

Dans un cas récent (1889) ce même chirurgien vient de réséquer une notable partie de l'omoplate pour un enchondrome de la fosse sous-épineuse avec perforation du corps de l'os et petit noyau d'enchondrome venant faire saillie à la face antérieure.

Je crois qu'il y a lieu d'insister sur les erreurs que peut faire commettre cette disposition en « bouton de chemise » de certaines tumeurs sous-scapulaires, principalement en ce qui a trait au volume probable de la tumeur ou de la collection ou à l'époque présumée du début de leur développement.

M. KIRMISSON insiste sur la gravité toute particulière de ces tumeurs osseuses à marche rapide qui rendent impossible l'intervention chirurgicale.

Pachyméningite. — Hématome. — Transformation séreuse. — Mort par compression cérébrale, par DEGUÉRET, interne provisoire.

Sol... Jean, serrurier, âgé de 55 ans, entre le 26 février 1889, service de M. Comby, hôpital St-Louis.

Le malade vient de Beaujon où il était soigné comme tuberculeux. Il se plaint de toux, faiblesse, amaigrissement, etc. Le début remonte à 8 mois.

Signes nets de tuberculose pulmonaire. Râles sous-crépitanants au sommet gauche. Du côté droit râles sous-crépitanants sous la clavicule. Souffle caverneux au sommet en arrière.

15 mars. Céphalée diffuse, bilatérale, continue. Elle s'exagère les jours suivants, devient excessivement intense avec exacerbation nocturne. Effet nul de l'antipyrine. Se fondant sur l'état tuberculeux des poumons, la violence et la ténacité de la céphalée, on songe à une méningite tuberculeuse.

On note : Rétrécissement pupillaire des 2 côtés avec prédominance à gauche. Ni paralysie, ni contracture. Pas de troubles sensitivo-sensoriels. Fonctions digestives bonnes. Pouls normal. Pas d'albumine dans les urines.

On constate une déformation crânienne. C'est une dépression assez profonde siégeant sur la suture bipariétale et la portion voisine des ariétaux, en avant du lambda, débordant la ligne médiane plus à droite qu'à gauche. Cet enfoncement a été produit par un coup de arteau reçu pendant la guerre de Crimée.

1^{er} avril. Céphalée atténuée, affaiblissement progressif du malade. Facultés intellectuelles émoussées. Torpeur. Interrogatoire difficile.

Le 10. Perte complète des idées. Paralysie des sphincters anal et vésical. Occlusion des paupières. Myosis très marqué. Pouls lent. Ventre légèrement rétracté.

Mort le 23 avril.

AUTOPSIE. — *Crâne, face externe.* Conformation assez bizarre ; Diamètre antéro-post. court. Exagération des bosses pariétales. Enfoncement siègeant sur la portion culminante des deux pariétaux, à 2 ou 3 centim. en avant de la suture lambdoïde, de forme ovulaire à grand axe transversal de 4 centim. dépassant la suture bipariétale à droite de 3 centim., à gauche de 1 centim. *Face interne.* Saillie lisse et régulière répondant à la dépression de la face externe. Elle présente un sillon qui n'est autre que la gouttière du sinus longitudinal supérieur.

Dure-mère. Face externe normale. — De chaque côté du sinus longitudinal supérieur au niveau de la région pariétale est une saillie molle, fluctuante et dépressible. *Face interne.* Tumeur liquide, nettement circonstrite, peu tendue, du volume d'un œuf. Elle est double et symétriquement placée de chaque côté de la face du cerveau, au niveau même de l'enfoncement crânien. Elle adhère en dehors à la dure-mère, elle repose par sa face interne sur le lobe pariétal, mais si on la comprime avec la main comme elle devait l'être sur le vivant par la calotte crânienne, elle s'aplatit, s'étale et recouvre la plus grande partie de la face externe du cerveau, soit : le lobe pariétal, la moitié postérieure du lobe frontal et la portion postéro-supérieure du lobe temporo-sphénoïdal. Elle contient un liquide clair, transparent, jaunâtre. La poche évacuée nous présente une paroi externe formée d'un feuillet mince, transparent, hyalin qui se continue à la périphérie avec la couche interne de la dure-mère. La portion de la dure-mère qui environne la poche, est elle-même tapissée d'une membrane d'aspect amorphe, peu adhérente. Sur cette fausse membrane on observe des traînées d'une matière molle et rougeâtre extrêmement vasculaire ainsi que le prouvera l'examen microscopique. La paroi du kyste semble être formée par un dédoublement de cette fausse membrane périphérique. Celle-ci, avons-nous dit, est peu adhérente. On l'isole facilement de la dure-mère, et on poursuit sans difficulté le décollement au-dessous du kyste.

Nature du kyste. — A première vue une hypothèse s'impose : c'est qu'il s'agit d'une pachyméningite avec épanchement sanguin enkysté ayant subi la transformation séreuse. La preuve est fournie par l'examen microscopique par M. le professeur Cornil. On constate en effet une vascularisation très riche de la fausse membrane et des cristaux d'hématôïdine à sa surface.

Origine du kyste. — Il est évidemment de date ancienne. La transformation séreuse du sang en fait foi. Est-il consécutif un traumatisme crânien ? Son siège à la région pariétale de chaque côté de l'enfoncement osseux constitue une forte présomption en faveur de cette hypothèse. Il faut avouer pourtant que nous manquons de renseignements sur le passé morbide du malade. C'est une lacune regrettable.

Pie-mère saine. — Nulle trace de tubercule.

Cerveau. — Légère dépression sur le lobe pariétal, résultant de la compression exercée par la tumeur. — Consistance ferme. Surface des ventricules normale. Les coupes ne révèlent aucune altération des parties centrales.

Poumons. — *Droit*, caverne du volume d'un œuf. Tubercules disséminés au lobe supérieur. *Gauche*, tubercules disséminés.

Cœur. Endocardite ancienne. Nodules fibrineux sur la valvule mitrale.

Aorte. Non athéromateuse. *Foie* gras. *Reins* d'apparence normale.

CONCLUSIONS : La mort n'est pas due à la tuberculose, mais à la compression cérébrale exercée par la tumeur. L'évolution des accidents a été assez rapide puisque l'intervalle compris entre l'apparition de la céphalée et la mort est inférieur à 40 jours. Or l'hématome de la dure-mère remonte certainement à une date plus reculée. De plus, la limpidité parfaite du liquide démontre qu'il n'y a pas eu d'épanchement hémorragique récent. La lésion a donc été silencieuse pendant un laps de temps considérable.

Abcès de la pariétale ascendante droite. Apoplexie.

Hémiplégie gauche, par M. G. BOUISSON, interne des hôpitaux.

Blanc, ouvrier grainetier, 34 ans, entre salle Bonley à l'hôpital Necker, service de M. Rigal, le 16 avril. Il est incapable de marcher, la jambe gauche lui refusant tout service et il s'appuie sur son frère qui lui soutient l'épaule gauche, le membre supérieur étant également impuissant. L'intelligence est très bien conservée, l'état général très bon. L'hémiplégie complète pour les membres, moins marquée à la face est flasque. La sensibilité est conservée. Il n'y a aucune tare névropathique.

Le début de l'affection remonte à une semaine. Le malade a été pris brusquement à deux heures de l'après-midi d'une sensation de faiblesse dans la jambe gauche. Il a perdu connaissance et s'est réveillé paralysé du côté gauche, mais du membre inférieur surtout. Ce n'est que les jours suivants que le bras est devenu complètement paralysé. On a su après la mort seulement que le malade s'était plaint pendant longtemps de maux de tête.

L'âge du malade fait penser à quelque chose de syphilitique. Il n'y a pas d'autre antécédent qu'un chancre syphilitique il y a un an et demi. Ce chancre n'a duré que deux septénaires, il n'a pas laissé de cicatrice bien appréciable. Il n'y a d'ailleurs aucune autre trace syphilis et le malade marié n'a pas contagionné sa femme. En l'absence de toute autre cause connue et susceptible d'amendement, traitement spécifique fut institué à tout hasard, comme le plus favorable au malade.

Les jours suivants pas de fièvre jusqu'au 18. Ce jour là, le soir, le malade est pris tout d'un coup d'accidents comateux avec résolution

complète, fixité du regard, les paupières baissées, comme un homme qui fait de la compression cérébrale. Il meurt le 19.

AUTOPSIE. — Je trouve une intégrité complète de tous les organes, rate, poumons, cœur, reins, tube, digestif, appareil génital et urinaire inférieur. Les séreuses en outre ne contiennent aucune trace d'inflammation ancienne ou récente. Il n'y a de pus nulle part. Je fais des réserves au sujet du foie encore non examiné histologiquement, mais qui présente dans son lobe gauche par places des apparences blanches, grisâtres qui ressemblent beaucoup à des gommages jeunes diffuses.

L'hémisphère droit du cerveau recouvre des méninges molles présente au niveau de la moitié supérieure de la circonvolution pariétale ascendante une tuméfaction suffisante pour masquer la scissure de R. Wando et les scissures interpariétales. Le lobule pariétal est pris, le lobule paracentral est presque respecté, tout au moins dans sa moitié frontale.

Les méninges ne présentent rien d'anormal sauf un léger état trouble. Au niveau du lobule paracentral. La coque de la néoformation est amincie et présente une apparence bleuâtre. Il s'échappe à la décoration un pus vert bien lié et très louable, ce qui fait rejeter l'idée de gomme suppurée. La poche a bien le volume d'un œuf de poule. Elle a des parois formées par la couche grise détruite en partie en dehors et la substance blanche en dedans. Elle n'aurait pas tardé à s'ouvrir dans les méninges. Le lobule paracentral est respecté. Il n'y a de détruits que la moitié de la pariétale ascendante, c'est-à-dire la partie située au-dessus de la scissure interpariétale et juste au-dessus avec le lobule pariétal dit supérieur.

Dilatations sur le trajet des cônes efférents du testicule.

M. POIRIER, présente quelques épидидymes injectés au mercure ; on voit sur la partie initiale de quelques vasa efferentia des dilatations ampullaires dont le diamètre varie entre 1 et 4 millimètres. L'une de ces dilatations s'ouvre dans deux canaux efférents ; en appuyant sur elle on voit le mercure qui la remplit, refluer vers le rete testis par les deux vasa qui s'abouchent dans la dilatation. M. Poirier est d'avis que cette double communication résulte de l'ouverture d'un vas efferens par la dilatation développée sur le vas efferens voisin. Il insiste sur le petit volume de la dilatation qui n'a guère plus de 4 millim. sur 3 et fait remarquer que déjà et malgré son petit volume la dilatation a ouvert, par compression sans doute, un vas efferens voisin : fait qui tend à prouver que les vasa efferentia résistent peu à la compression et s'ouvrent assez facilement dans une dilatation voisine.

Cartilage branchial bilatéral et symétrique, par POIRIER et RETTERER.

La présence de nodules ou segments cartilagineux dans la région du cou, en l'absence de tout trajet fistuleux a été

constatée plusieurs fois par des chirurgiens et des anatomistes ; mais les cas de productions semblables, bilatérales et symétriques, sont assez rares pour nous engager à vous présenter celui-ci.

Max Schultze (1) a vu sur un enfant de trois semaines, atteint d'un bec-de-lièvre double, une formation cartilagineuse, située à une distance d'un demi-pouce en avant et au-dessous du conduit auditif externe et sans relation avec le pavillon de l'oreille. Le premier cas de productions cartilagineuses et symétriques a été observé et étudié par le professeur S. Duplay (2) « sur un enfant de 5 ans qui portait depuis sa naissance de chaque côté du cou, à peu près à la partie moyenne du bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien, une sorte de petite apophyse dure, élastique, analogue à une grosse arête, terminée en pointe du côté de la peau imperforée et se perdant au-dessous du sterno-cléido-mastoïdien. Le petit corps du côté droit était plus long que celui du côté gauche et mesurait environ un centimètre ». Après avoir enlevé ces productions Duplay constata qu'elles étaient constituées par du fibro-cartilage.

P. Buttersack (3) rapporte une observation semblable chez un homme de 23 ans « qui portait sur la face externe des deux muscles sterno-cleido-mastoïdiens deux proéminences parfaitement symétriques et constituées par deux formations dures et nodulaires. Celles-ci étaient mobiles sous la peau, quoique leur extrémité profonde fut en connexion intime avec le sterno-cleido-mastoïdien ». Après leur ablation, Buttersack constata que ces corps, longs de 2 cent. et larges de 1 cent., étaient formés de *cartilage réticulé*. Ajoutons que ce sujet présentait au-dessus et en avant du tragus de l'oreille gauche un appendice auriculaire et encore un développement moindre de la moitié gauche du corps thyroïde. Buttersack cite d'après Lossen un autre cas de reste cartilagineux chez un garçon de quatre ans, sur le sterno-cleido-mastoïdien gauche.

Dans son traité des kystes congénitaux le professeur Tannelongue signale 12 observations personnelles de ces productions, dans le domaine de l'appareil branchial : il leur

(1) *Arch. de Virch.* B. 20, p. 378, 1861.

(2) *Arch. gén. de méd.*, 1875, V, 1, p. 84.

(3) *Arch. de Virch.*, 1886, B. 106, p. 206.

donne le nom de fibro-chondromes branchiaux. Il cite deux cas semblables décrits par Morgan en 1881. Les figures 21 et 22 du traité de Lannelongue rappellent beaucoup notre cas.

Enfin, W. Zahn (*Ueber congenitale Knorpelreste am Halse*, *Arch. de Virch.*, B. 115, p. 47) décrit trois cas de restes cartilagineux unilatéraux sur trois sujets âgés de 25, 26 et 33 ans. A ce travail est joint un dessin représentant un cartilage branchial unilatéral de la région cervicale.

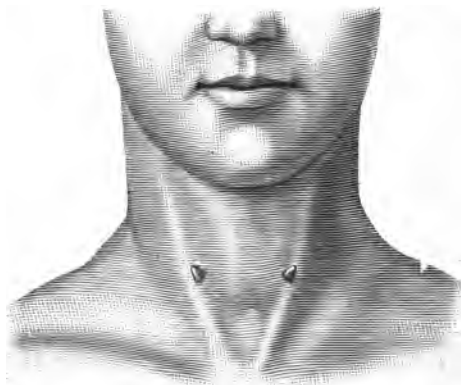


FIG. I

Dans notre cas il s'agit de deux appendices symétriquement placés sur la région antéro-latérale du cou (voir fig. 1). Ces productions, recueillies sur le cadavre d'une femme de 40 ans, siégeaient sur le bord antérieur du sterno-cleido-mastoidien, à la hauteur de la membrane crico-thyroïdienne ; elles formaient là une saillie, véritable mamelon, de huit à 10 millim. de hauteur ; la peau qui recouvrait la saillie était amincie et pigmentée ; à la base du mamelon, un sillon peu profond le séparait des parties voisines. Au toucher, ces saillies offraient une consistance ferme, rénitente ; elles jouissaient d'une certaine mobilité qui permettait de diriger leur sommet dans tous les sens ; mais leur base, déjà plus fixe, paraissait s'enfoncer profondément sous le bord antérieur du sterno-cleido-mastoidien, vers le pharynx, en se continuant par un cordon fibreux facile à sentir. La dissection nous montra que les fibres du muscle peaucier, légèrement écartées, passaient sur les deux faces des petites tumeurs ; la veine jugulaire externe passait en dehors d'elles ; l'adhérence avec l'aponévrose du sterno-cleido-mastoidien était assez intime ; enfin le tissu fibreux, qui continuait profondément les petites masses dures, se perdait au niveau de la partie interne de la gaine des vaisseaux carotidiens. Le larynx et le pharynx, examinés avec attention, étaient en l'état normal.

Après avoir isolé ces corps, nous avons constaté qu'ils étaient formés par du cartilage qu'enveloppait un épais péricondre : le cartilage droit était long de 12 millim., le gauche, un peu plus long, mesurait 15 millim. (fig. 2). L'extrémité libre de ces cartilages était dirigée en haut et en dehors, tandis que leur extrémité profonde s'enfonçait vers l'axe de la région cervicale. L'extrémité superficielle des deux pièces était arrondie, épaisse de 2 à 3 millim., tandis que l'extrémité profonde se présentait sous la forme d'une lamelle aplatie large de 3 millim, et épaisse de 1 millim. Comme le montre la fig. 2 la partie superficielle faisait un angle très obtus avec la profonde. Malgré les légères différences que nous venons de signaler dans la conformation extérieure et les dimensions de ces segments cartilagineux, le microscope montre qu'ils ont une constitution semblable dans leurs diverses parties : ce sont deux tiges cartilagineuses revêtues d'un épais péricondre. Celui-ci représente une enveloppe fibreuse, épaisse de 0 millim. 2, et dans laquelle on distingue deux couches : l'externe (fig. 3, p. e), continue



FIG. II

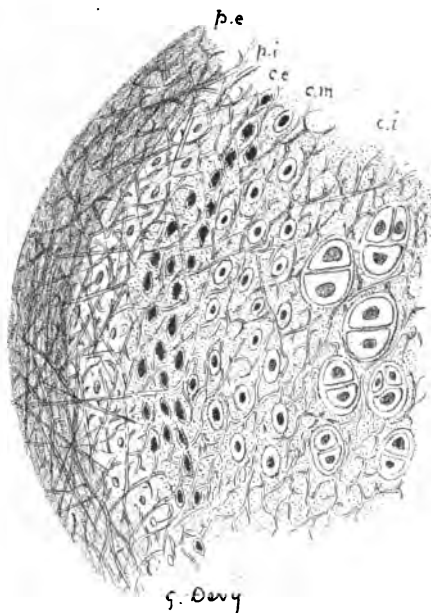


FIG. III

avec le tissu sous-cutané, est formée de faisceaux conjonctifs et de fibres élastiques, sur lesquels on aperçoit quelques cellules plates; la couche interne (p.i) présente au milieu des fibres conjonctives et

du réseau élastique une grande abondance de cellules connectives, ovalaires ou arrondies. A cette couche fait suite insensiblement la lamelle cartilagineuse (c.e) périphérique où les éléments cellulaires forment des rangées serrées, séparées les unes des autres par les lamelles du tissu transparent et sillonnée par le même réseau élastique. L'aspect et les caractères des cellules sont ceux du cartilage fœtal : ces cellules sont triangulaires, ovalaires ou à contours anguleux ; elles sont pourvues d'un beau noyau fixant énergiquement les matières colorantes et d'un faible corps cellulaire. Vient ensuite la couche moyenne (c.m), épaisse, constituée par des cellules cartilagineuses ayant un diamètre de 0 millim. 02 en moyenne et entourées d'une capsule très nette. Le noyau de ces cellules est de 0 millim. 006 à 0 millim. 008 et le protoplasma remplit complètement le chondroplaste sans trace de gouttelette graisseuse.

Enfin, le centre de la pièce (c.i) est occupé par une masse cartilagineuse où les cellules sont réunies par groupes de 2, 3 et 4, chacune étant entourée d'une capsule secondaire, tandis que le groupe tout entier est circonscrit par une capsule cartilagineuse commune. Ajoutons encore que la substance fondamentale de toutes les portions cartilagineuses est traversée partout par le réseau élastique partant du périchondre et présentant des fibres très fines, enchevêtrées et anastomosées en tous sens.

Nous avons donc affaire à un cartilage réticulé ou élastique dont les portions centrales sont à un stade d'évolution plus avancé, puisque les cellules cartilagineuses ont produit des cellules filles, tandis que dans la partie moyenne les cellules entourées d'une capsule unique passent insensiblement à une zone rappelant le cartilage fœtal. Ce dernier est continu avec la couche cellulaire du périchondre. La structure de ces pièces cartilagineuses est celle des cartilages du pavillon de l'oreille.

RÉFLEXIONS. — L'intérêt de cette observation nous paraît résider dans l'interprétation qu'il convient de donner à ces productions.

Il nous semble que dans ce cas de cartilage bilatéral et symétrique il est difficile de se rattacher à l'hypothèse de Cohnheim qui voudrait faire dériver ces néoformations de « germes aberrants ». Avec la plupart des auteurs qui se sont occupés de la pathogénie de ces productions, nous pensons qu'elles se forment aux dépens des arcs branchiaux. Cette opinion, déjà exprimée par Duplay, est confirmée, dit Lannelongue, par l'examen des observations qui nous montrent l'association de ces tumeurs avec différents vices de conformation de l'appareil branchial.

Il serait hors de propos de nous étendre davantage sur la pathogénie de ces productions si, dans ces derniers temps, on n'avait mis en doute toute la théorie des fentes branchiales. Les faits invoqués sont les suivants : His, Born

et Kölliker soutiennent que chez les mammifères et l'homme en particulier, les fentes branchiales constituées par un diverticule de l'intestin antérieur (futur pharynx) ne s'ouvrent jamais au dehors comme cela a lieu sur les vertébrés inférieurs. Il n'existerait par suite entre les arcs branchiaux qu'un sillon, au lieu d'une fente résultant de l'adossement du feuillet ectodermique et du feuillet endodermique. On sait d'autre part que le thymus et le corps thyroïde prennent naissance aux dépens de la dépression (*sinus præcervicalis* siégeant au niveau du cou. La persistance de l'invagination primitive du thymus et du corps thyroïde expliquerait ainsi la production des fistules branchiales.

Nous ferons remarquer que, même en admettant comme normale l'occlusion des sillons branchiaux, il suffirait d'un trouble léger ou d'un arrêt de développement des plus minimes pour amener la perforation de la mince lamelle épithéliale qui réunit deux arcs branchiaux. Mais il existe un argument péremptoire qui nous fait pencher, dans notre cas surtout où il n'y a pas de trajet fistuleux, en faveur de la théorie branchiale. *C'est la formation constante de pièces squelettiques au sein des arcs branchiaux.* Il est aujourd'hui démontré que le premier arc donne naissance au cartilage de Meckel et à diverses pièces cartilagineuses de l'oreille moyenne (marteau et enclume), que le deuxième arc fournit les pièces d'où naîtront l'apophyse styloïde, le ligament stylo-maxillaire et la petite corne de l'os hyoïde, et enfin que le troisième arc est le siège de production des grandes cornes de l'os hyoïde.

Telle est l'évolution normale des pièces squelettiques naissant des arcs branchiaux ; mais, dans le cas de persistance d'une fente branchiale, on voit fréquemment la paroi mésodermique qui la limite présenter des segments cartilagineux anormaux. Buttersack et Zahn (*loc. cit.*) rappellent plusieurs cas semblables, observés par Heusinger et Manz le long des fistules branchiales ou dans un kyste branchial (Virchow).

Enfin, la fente branchiale peut s'oblitérer normalement et l'arc correspondant développer une pièce cartilagineuse. est à cette dernière série que se rapportent les observations faites au début de ce travail. Quand le cartilage est unilapal, l'interprétation pourrait prêter à discussion, mais lorsqu'on a affaire à des pièces cartilagineuses bilatérales et

symétriques, il n'est guère possible, de les considérer autrement que comme des dérivés des arcs branchiaux. Il est plus difficile de décider si le cartilage est un nodule provenant du second arc, figurant une pièce détachée pour ainsi dire du squelette hyoïde ou s'il représente une pièce surnuméraire développée dans les arcs suivants.

Cette explication nous paraît mieux cadrer avec les phénomènes de développement normal et mieux rendre compte des faits observés que la théorie de l'inclusion fœtale ou la persistance de l'invagination donnant naissance au thymus et au corps thyroïde. En effet, en passant en revue les observations ayant trait aux anomalies des fentes branchiales, on peut les grouper de la façon suivante : *a*) persistance de la fente avec orifice externe et interne (fistule complète) ; *b*) persistance de la fente avec orifice externe ou interne (fistule borgne) ; *c*) persistance d'une portion de la fente avec oblitération des orifices (kyste branchial). Dans toutes ces variétés la paroi mésodermique peut rester conjonctive ou devenir le siège d'un nodule cartilagineux. Lorsque la fente branchiale disparaît totalement il peut se faire qu'il ne persiste que le segment cartilagineux, seule trace de l'arc branchial sur l'une des moitiés ou sur les deux côtés du corps. C'est à cette dernière variété que se rapporte notre observation.

Une question peut encore être posée, celle de savoir si ces restes cartilagineux ne peuvent pas, sous certaines influences, prendre un accroissement subit et donner naissance à des enchondromes. Zahn rapporte le cas d'un enchondrome enlevé par J. Schaeffer dans la région cervicale et dont la structure rappelait par place celle du tissu cartilagineux réticulé. Il ne rejette nullement la possibilité de l'origine branchiale de ces tumeurs qui pourraient prendre naissance aux dépens des restes branchiaux à la suite d'un traumatisme, ou, comme le voudrait Virchow, sous l'influence des troubles évolutifs qui surviennent à l'époque de la puberté.

Et après avoir constaté les caractères de vitalité des cellules cartilagineuses dans le cas que nous avons relaté, nous pensons qu'il convient de faire des réserves sur la possibilité de l'accroissement de ces restes branchiaux.

MAI

Séance du 3 mai 1889.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL

Épithélioma intra-canaliculaire du sein, kystique et végétant, par les D^{rs} LEMONNIER et F. VERCHÈRE.

M^{lle} L..., âgée de 71 ans, a toujours été d'une excellente santé. Sauf une série de traumatismes, fractures des deux radius, luxation ou fractures de l'humérus droit, etc., qui se sont merveilleusement guéris, aucun trouble n'est à signaler dans ses antécédents. Son père est mort hémiplegique, la mère était atteinte d'un ascite, trois frères sont morts, l'un d'une affection du cœur, l'autre d'une affection aiguë; le troisième de phthisie pulmonaire. Un frère aîné, encore vivant, est asthmatique.

Tout récemment, le 19 avril, elle vint consulter l'un de nous, inquiète de voir s'échapper, par le mamelon du côté droit, une sérosité sanguine qui laissait sur le linge une tache de la dimension à peu près d'une pièce de 5 francs, au bout de la journée. Cet écoulement persistait, sans amener de douleur, sans déterminer aucun trouble, depuis une quinzaine de jours, à peu près. En examinant la malade, une chose frappe tout d'abord, c'est la conformation des mamelons; ceux-ci sont rétractés, et, affirme la malade, l'ont toujours été. L'extrémité du sein est terminée par une dépression irrégulière, qu'on ne saurait mieux comparer qu'à l'ombilic. M^{lle} L... a toujours connu cette conformation, et à aucun moment de son existence n'a vu saillir les mamelons. La mamelle est petite, grasse, étalée et ferme. La peau est fine, et des deux côtés parcourue d'un réseau de veines bleuâtres.

Du côté droit, un peu en dehors et au-dessus du mamelon, on sent une tumeur du volume d'une noix, dure, résistante; on ne sent nullement la fluctuation. Mais pendant l'exploration on constate très manifestement l'issue par le mamelon d'une goutte de sérosité sanguine, due à la pression opérée par la main qui explore. En cherchant à plisser la peau on constate qu'en dehors du mamelon elle semble adhérente dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes. On obtient à ce niveau l'aspect de peau d'orange. La tumeur est mobile sur les parties profondes. Autour d'elle on voit la glande mammaire granuleuse, un peu plus résistante qu'à l'état normal, néanmoins du côté opposé, la glande mammaire donne exactement la même sensation, ce qui nous fait croire à une transformation fibreuse de la glande des deux côtés due à l'âge de la malade.

Dans l'aisselle on ne sent pas de ganglions. Sur la paroi interne, on a la sensation d'un cordon se continuant avec le tissu cellulaire du mamelon.

Nous portons le diagnostic d'épithéliome kystique intra-canaliculaire.

L'intervention est décidée. Nous faisons, le 27 avril, l'ablation totale du mamelon, et de la glande mammaire, par une grande incision partant du fond de l'aisselle venant contourner le mamelon en dedans, et passant au-dessous de lui dans le sillon thoraco-mammaire. Dissection de l'épaisseur du grand pectoral, et ablation de la tumeur avec une longue bandelette de peau. Dans l'aisselle je ne trouve pas de ganglions ; pour plus de sûreté, je vide néanmoins l'aisselle de son tissu cellulaire, et j'enlève toute une trainée de tissu allant de l'aisselle à la glande.

La suture est faite au crin de Florence, profonde et superficielle ; la guérison était complète, absolue le 5 mai. La température n'a à aucun moment dépassé 37°,5. Les points de suture ont été retirés le 5^e jour. 3 pansements à la gaze iodoformée.

A l'examen la tumeur présente la disposition suivante : on trouve en dehors du mamelon une cavité contenant à peu près un dé à coudre de liquide séro-sanguin. La paroi de cette cavité est lisse, régulière, déprimée à sa partie interne où se montre un orifice dans lequel on ne peut faire pénétrer un stylet mais qui doit manifestement communiquer avec l'extérieur par le mamelon. Un peu en dehors de cet orifice on trouve implanté sur la paroi du kyste, par un pédicule de 2 à 3 millim. de diamètre, une végétation fongiforme dont la grosse extrémité présente le volume d'un gros pois, elle est lisse, régulière et de consistance ferme.

Autour du kyste, la glande mammaire est indurée, et celui-ci forme le centre d'une tumeur dure, et résistant au scalpel. Par le raclage elle donne une petite quantité de suc lactescent.

Examen histologique, par M. TOUPET. Cet examen a porté : 1° sur la végétation intra-kystique ; 2° sur les portions voisines dans lesquelles le tissu mammaire semblait induré.

La végétation est implantée sur la paroi par un pédicule fibreux, qui ne tarde pas à se diviser en un nombre de branches considérables, et se terminant par des extrémités arrondies. La charpente de cette végétation est partout fibreuse, les portions libres sont tapissées par un épithélium cylindrique disposé sur une seule couche ; parfois deux divisions de la végétation s'accolent et délimitent une cavité tapissée également par le même épithélium cylindrique. La nature de cette végétation n'est pas douteuse, il s'agit d'un épithélioma cylindrique intra-canaliculaire.

Dans les parties voisines, légèrement indurées, les parois des acini glandulaires sont hypertrophiées, les canaux galactophores sont dilatés, remplis de cellules en détrit et de quelques globules de pus. Dans le tissu conjonctif voisin on aperçoit autour des vaisseaux quelques trainées d'éléments embryonnaires, mais nulle part on ne trouve d'amas épithéliaux dans le tissu conjonctif. Il n'y a pas trace de carcinome.

Il s'agit donc là d'un épithéliome cylindrique intra-cana-

liculaire accompagné d'un léger degré de mammite chronique.

Kyste du cordon à parois calcifiées, présenté par M. SCHWARTZ au nom de M. ROCHÉ (de Toucy), membre correspondant de la Société anatomique.

C'est un kyste du cordon de la grosseur d'une grosse noix, la paroi est entièrement calcifiée; le kyste est divisé en 4 cavités par des cloisons incomplètes, calcifiées aussi. Il a été enlevé à un homme de 65 ans, il a débuté il y a 15 ans. Les éléments du cordon lui étaient tellement adhérents qu'il était impossible de l'en détacher. Aussi le testicule s'est-il sphacelé et a été éliminé du scrotum.

Absence du rein gauche; utérus rudimentaire; vagin de quatre centimètres; ovaires sclérosés contenant des corps jaunes; tuberculose pulmonaire, par PAUL BEZANÇON, interne des hôpitaux.

La nommée Les..., Claudine, âgée de 38 ans, entre le 13 avril 1889 dans le service de M. le Dr Gingeot, à St-Antoine, salle Nélaton, n° 10.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort phthisique, la mère est vivante; a quatre frères et sœurs; l'un des frères est scrofuleux, paraît-il; aucun d'eux ne semble, d'après les renseignements recueillis, avoir de vice de conformation physique; les deux sœurs sont mariées et mères, l'une de sept enfants, l'autre de quatre.

La malade n'a jamais été réglée; elle s'est mariée en 1871; elle a toujours été, au dire de son mari, d'une frigidity complète; néanmoins le coït était pratiqué régulièrement. La santé de la malade, qui était bonne dans sa jeunesse, s'est altérée dans ces derniers temps à la suite d'habitudes alcooliques; elle a commencé à tousser il y a cinq mois et se plaint depuis quelque temps du bas-ventre. A son entrée à l'hôpital, la malade présente une cachexie très marquée; sa face est jaune et extrêmement ridée; la voix est grêle, les seins sont normalement développés; l'intelligence est plus que médiocre. On constate à l'auscultation les signes d'une tuberculose pulmonaire très avancée. La mort survient trois jours après.

AUTOPSIE. — On trouve une large caverne au sommet gauche; les deux poumons sont farcis de tubercules récents; seules, la base droite et la partie moyenne du poumon gauche respirent encore. Le cœur très petit, pèse 150 gr.; les valvules sont saines; l'aorte, de calibre normal, est athéromateuse; le foie, gras; la rate, normale. Le rein droit est à sa place ordinaire; il pèse 95 gr. la capsule rénale droite est normale comme le rein.

La gauche, on trouve seulement un corps aplati, réniforme, d'une largeur de 6 centim. environ, d'une largeur de 4 cent. d'une épaisseur de 2 millim. Ce corps est relié à la veine cave par une veine d'assez petit calibre qui semble la veine rénale et qui reçoit dans son trajet la veine utéro-ovarienne dont les origines inférieures n'ont pas été

recherchées. Des coupes, que M. le professeur Cornil a bien voulu pratiquer, ont montré que le corps en question était bien la capsule surrénale; le *rein gauche* manque donc complètement. Un seul urètre existe, celui du côté droit et l'on ne trouve dans la vessie qu'un seul orifice urétral.

Les intestins présentent au niveau de la fosse iliaque droite des granulations tuberculeuses sur leur face externe, et sont, à ce niveau réunies entre elles et accolées à l'ovaire droit par de la péritonite adhésive.

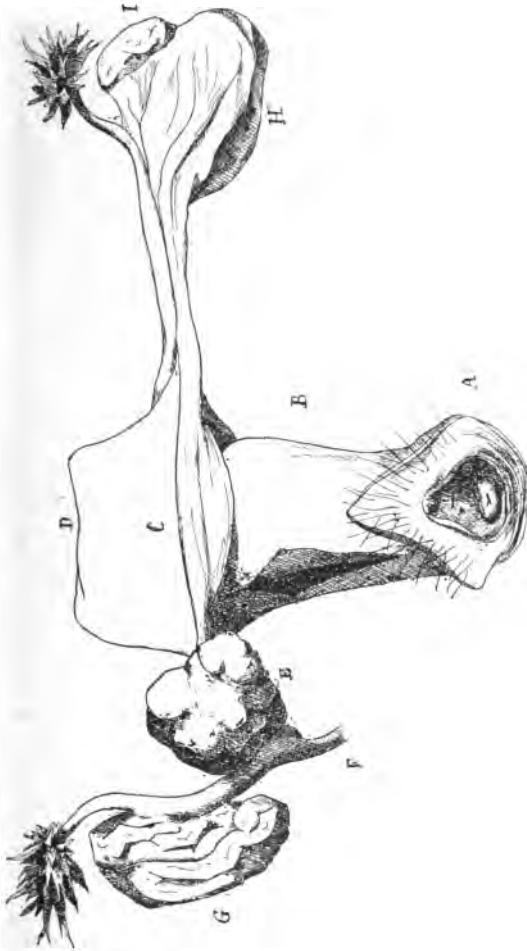
Le petit bassin contient du pus; le développement des parois osseuses du bassin est normal. La veine fémorale gauche est thrombosée, sans que la cuisse, ni la jambe soient oedématisées.

Organes génitaux. — La *vulve*, les grandes et les petites lèvres, le *clitoris* sont normaux; les poils sont normalement développés. L'urètre occupe sa situation ordinaire ainsi que la vessie. Mais le *vagin* n'a qu'une profondeur de quatre cent. environ; sur sa paroi postérieure se voient deux caroncules, à une profondeur d'1 cent. 1/2 environ; et près d'elles deux petites ulcérations arrondies, à fond blanc rosé, peut-être tuberculeuses. Au fond du vagin est un léger bourrelet arrondi sans orifice; on ne constate par le toucher aucun corps résistant qui ressemble à l'utérus. On n'en trouve point non plus de traces, en cherchant à séparer la vessie et le rectum qui sont accolés; pas de cavité utérine, pas de cordon plein; seule une bande extrêmement mince, antéro-postérieure, située à la partie inférieure et en contact avec les fibres musculaires de la vessie eût pu à la rigueur être considérée comme représentant l'utérus; des coupes faites par M. Cornil ont montré qu'elle était formée par les grosses fibres musculaires de la vessie. Par contre, on trouve étendue transversalement d'un côté à l'autre une bande musculaire légèrement aplatie, large à peine d'un cent. et faisant un relief appréciable sous le péritoine; cette bande musculaire, dont les fibres rappellent au microscope les dimensions des fibres utérines, ne présente pas de renflement médian; elle se continue de part et d'autre avec les annexes de l'utérus. Du côté gauche, ceux-ci sont tout entiers contenus dans le canal inguinal, avec les parois duquel ils n'ont d'ailleurs contracté aucune adhérence. On trouve dans cette région une sorte de dilatation kystique du ligament large, longue de 6 cent. environ, large de 4, contenant peu de liquide et dont la paroi supérieure est formée par le cordon musculaire dont nous avons parlé plus haut; de ce côté gauche le ligament large est plus long de 2 à 3 cent. que du côté droit; ce qui donne aux annexes de l'utérus une asymétrie évidente. Le long du bord externe de la poche kystique se trouve l'*ovaire gauche* de dimensions normales, semé à sa surface de fines granulations blanches. M. le professeur Cornil, a bien voulu faire pratiquer l'examen de cet ovaire par M. le Dr Castro; il a constaté, dans cet ovaire, de la sclérose; quelques corps jaunes, déjà anciens, et de rares vésicules de de Graaf s'y rencontrent. Les taches blanches de la surface sont formées par du tissu en dégénérescence et ce processus paraît être dû à de la tuberculose; un examen ultérieur tranchera la question.

Le pavillon de la trompe gauche est tout à fait normal. Le corps forme un mince cordon qui, à un centim. du pavillon, est déjà plein et

sans canal médian ; il vient après un trajet de 6 centim. se greffer sur la bande musculaire transversale.

Du côté droit on trouve, à 9 centim. de la ligne médiane, au point de jonction du ligament rond qui est volumineux et de la bande mus-



A. Vagin rudimentaire imperforé. — B. Vessie. — C. Bande musculaire étendue transversalement. — D. Péritoine. — E. Corps fibreux du ligament large droit. — F. Ligament rond. — G. Ovaire droit sclérosé. — H. Kyste du ligament large gauche. — I. Ovaire gauche.

culaire, un myome de la grosseur d'une noix, à surface marronnée, à pédicule implanté sur la face supérieure de la bande musculaire. Très rès, et en dehors de ce myome, se voit une masse volumineuse arrondie en demi-cercle, dont la grande courbure ne mesure pas moins de

10 centim; la petite, 6 1/2: c'est l'*ovaire droit*. Sa couleur est blanche avec des taches rouges; sa surface est vallonnée, anfractueuse, surtout en avant et parcourue par des sortes de circonvolutions de directions variables. M. le Dr Castro a pu constater sur plusieurs préparations de cet ovaire, que la couche ovigène est remplacée par



Ovaire droit sclérosé (grandeur naturelle).

du tissu conjonctif; on y trouve de rares vésicules de de Graaf et des corps jaunes plus abondants, mais anciens. C'est la prolifération du tissu conjonctif et sa rétractilité qui ont donné à l'ovaire son aspect ondulé; c'est à son abondance qu'est due l'hypertrophie de l'organe.

La trompe droite a son pavillon bien développé, et son corps se comporte comme celui du côté opposé.

RÉFLEXIONS. — Cette observation de malformations multiples est à rapprocher d'un certain nombre de cas analogues, dont plusieurs ont été publiés dans les bulletins de la Société anatomique. Nous n'avons pu, dans notre cas, trouver de renflement médian, de fibres musculaires disposées en T (Schroeder) et occupant la place de l'utérus; seul, existait le cordon musculaire transversal dont parlent Le Fort (Th. agrég., 1863) et De Sinéty. Le vagin très rudimentaire (encore sa profondeur est-elle certainement très accrue par le coït) est une malformation souvent associée au manque d'utérus; il suffirait de citer dans ces deux dernières années les cas de Schlesinger, Klein, Brunes, Zweifel, etc. Les trompes imperforées, mais à pavillon normal existent aussi dans la majorité des cas (Le Fort). Les ovaires, dans plusieurs observations comme dans la nôtre (Villard. Soc. anatomo-

mique, avril 1870. Gaucher, avril 1880) ont été trouvés porteurs de cicatrices et d'ovules ; la coïncidence de hernies inguinales de l'ovaire « avec utérus embryonnaire ou même sans utérus » se retrouve dans les cas de Jaquet, Lamm et Werth, cités par Puech (Des anomalies de l'ovaire, (1873) ; nous en avons trouvé une observation de Chr. Lund (Defectus uteri et vaginæ cum hernia ovarii) dans le *Schmidt's Jahrbuch* de 1888 (p. 325).

Hydronéphrose du rein droit consécutive à la compression de l'uretère droit par un ostéo-sarcome du bassin, par F. de GRANDMAISON, interne des hôpitaux.

Malade couchée au n° 22 de la salle Sainte-Marie, à l'Hôtel-Dieu, service de M. Dumontpallier.

Le 22 mars 1888, cette femme était entrée à l'Hôtel-Dieu, avec une grossesse de 8 mois. Elle présentait alors à la région lombaire droite une tuméfaction de la grosseur du poing, refoulant la peau et fluctuante. La malade accoucha au bout d'un mois. Quelques semaines après l'accouchement, M. Dumontpallier ponctionna avec l'aspirateur la tumeur lombaire et retira un liquide clair, transparent, dont l'examen chimique, fait par l'interne en pharmacie du service, donna, d'après les renseignements qui nous ont été fournis, un résultat négatif.

Après la ponction, la tuméfaction disparut, mais on put constater au toucher un empatement énorme de la région postérieure du bassin, empatement résistant et douloureux.

Quand nous sommes entré dans le service, le 1^{er} février 1889, la malade se plaignait beaucoup de cette tumeur du bassin, elle était atteinte de phlegmatia alba dolens de la cuisse droite.

Elle présentait un amaigrissement considérable, un grand abatement. Depuis notre arrivée à l'Hôtel-Dieu, elle n'a cessé de présenter tous les symptômes de l'urémie lente, vertiges, vomissements, céphalalgie, douleurs arthralgiques, anurie presque complète et albuminurie ; c'est d'urémie qu'elle a succombé le 1^{er} mai 1889.

A l'AUTOPSIE, nous avons trouvé dans les deux poumons des lésions tuberculeuses très avancées, accentuées surtout aux deux sommets, mais sans cavernes. Le cœur, le foie, la rate, ne présentaient pas de lésions intéressantes.

Après avoir retiré les intestins de la cavité abdominale, nous avons constaté que le *rein droit*, énorme, ayant le volume des 2 poings, se présentait sous la forme d'une tumeur liquide, fluctuante, de laquelle un coup de scalpel involontaire fit jaillir un gros jet d'urine normale.

L'uretère droit énorme, dilaté, plus gros que le pouce, s'abouchait inférieurement dans une masse molle de coloration rosée, rénitente, assez dure et présentant assez profondément une légère crépitation sseuse. Cette masse rosée qui semble à l'œil nu être de l'ostéo-sarcome a envahi le sacrum, toute la colonne lombaire et la région postérieure de l'os coxal, en respectant la région articulaire.

L'ovaire droit était en partie englobé dans la tumeur, qui l'avait aussi envahi. L'utérus et ses annexes du côté gauche sont absolument sains.

Le *rein gauche* augmenté de volume, présente une teinte blanchâtre avec augmentation énorme de la substance corticale, il se décolortique facilement et présente en somme l'aspect macroscopique d'une néphrite épithéliale.

Examen microscopique. — Nous avons examiné les reins et la tumeur pelvienne.

Reins. — Les lésions sont surtout manifestes dans des coupes faites sur le rein gauche et colorées par le picro-carmin.

Tous les tubes urinifères présentent une lumière très petite presque obstruée par des cellules épithéliales, gonflées, granuleuses et très augmentées de volume. Tout autour des glomérules et dans les parties constituantes du lobule rénal, on trouve une production abondante d'éléments conjonctifs embryonnaires fortement colorés en rouge, ces éléments sont surtout abondants dans la région glomérulaire. On a en somme affaire à une néphrite mixte dans laquelle les lésions épithéliales prédominent. Il y a de l'artérite dans les artères.

Tumeur pelvienne. — Elle présente tous les caractères d'un ostéo-sarcome globo-cellulaire. La plus grande partie de la préparation est constituée par du tissu ossiforme, faiblement coloré en rose, absolument décalcifié, présentant encore des ostéoplastes, et limitant des alvéoles dans lesquels on retrouve de gros éléments cellulaires épithélioïdes, granuleux et nucléés, réunis sous forme de masses arrondies. Les vaisseaux sont assez abondants et étouffés en partie par le tissu ossiforme.

Dans l'*ovaire droit* on retrouve les mêmes éléments globuleux réunis en îlots, séparés les uns des autres par du tissu conjonctif.

Rupture de l'estomac de cause indirecte (chute sur les ischions), par M. PAUL THIÉRY, aide d'anatomie de la Faculté.

Le 27 avril 1889 entre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Verneuil, salle Michon, n° 3, le nommé G. A. 38 ans, peintre en bâtiments : il a été reçu d'urgence à 4 heures 1/2 de l'après-midi par notre collègue et ami Saint-Germain qui en présence de l'état tout à fait grave du malade veut bien nous demander de voir le malade avec lui :

Les commémoratifs sont nets : le malade répond très nettement à nos questions et les personnes qui l'ont amené confirment ses renseignements. Le malade jouissait d'une bonne santé antérieure. Occupé à travailler sur un échafaudage, il est tombé brusquement de la hauteur d'un troisième étage; les ischions ont porté à terre et il est tombé « assis » suivant son expression. Nous insistons sur ce point sur lequel le malade est très affirmatif, le plancher pelvien et le bassin ont seuls porté, à l'exclusion de toute autre région.

Au moment où nous voyons le malade, et malgré la lucidité remarquable de l'état intellectuel, il est dans un état grave. Excessivement pâle, les lèvres décolorées, la face couverte de sueurs froides tout le tableau d'un shock traumatique considérable.

Aucune fracture du côté des membres ou du crâne ; rien non plus du côté du thorax. La douleur n'existe qu'à l'hypogastre et elle y est des plus vives. Il a uriné quelque temps avant l'accident. Notre collègue de St-Germain pratique le cathétérisme avec une sonde de gomme et ne retire que du sang coagulé en quantité minime. Appelé près du malade, nous pratiquons un second cathétérisme avec la sonde molle en caoutchouc rouge et nous pouvons retirer le contenu d'un verre à expérience (150 gr. environ) d'urine mélangée de sang en proportions considérables.

Nous pensons alors à une rupture de la vessie, diagnostic basé sur la douleur hypogastrique, sur le cathétérisme, sur l'absence de globe vésical, etc. Les autres régions de l'abdomen ne sont pas sensiblement douloureuses. Pour que le diagnostic soit complet, je pratique le toucher rectal qui ne me permet de sentir en le combinant au palper aucune solution de continuité du pubis.

La réaction péritonéale est peu vive : cependant le malade a quelques vomissements ; la tympanite n'est pas considérable.

Prescription : potion de Todd. Glace en permanence sur l'hypogastre, injection de morphine. Nous recommandons de surveiller le malade et de faire prévenir l'interne de garde en cas d'aggravation de l'état péritonéal ou anémique, afin de pouvoir appeler un chirurgien.

Ici finit notre observation.

Le malade est mort vers minuit, sept heures environ après son entrée.

AUTOPSIE, le 30 avril. Voici les lésions multiples que nous avons pu constater :

Rien du côté du cerveau, de la boîte crânienne, des poumons, du cœur, et de l'enceinte thoracique que nous avons examinée avec un soin tout particulier (côtes et sternum).

La face portait seulement des sugillations veineuses, et les plèvres contenaient, la droite, 300 gr. de liquide sanguinolent, la gauche, 200 gr. du même liquide, épanché vraisemblablement post mortem. Au niveau des deux ischions et sur la peau des fesses, teinte ecchymotique violacée, empiétant un peu sur le raphé périnéal.

Mais les lésions sur lesquelles nous voulons attirer l'attention portent sur les organes abdominaux :

L'abdomen est le siège d'une tympanite considérable, et la paroi étant incisée, il se dégage des gaz intestinaux en abondance, sans que le couteau ait intéressé les parois du tube digestif.

Nous ne sommes pas peu étonnés de trouver sur le grand épiploon, entre ce viscère et la paroi abdominale, une quantité notable de matières alimentaires composée de haricots rouges et de bœuf bouilli, non digérés et parsemés de la face antérieure du petit bassin à la symphyse pelvienne.

Voyons en détail les lésions que présentent les divers viscères.

Grand épiploon. Noirâtre, injecté, couvert de détritus alimentaires.

Petit épiploon. Limite en arrière une masse alimentaire (haricots ges, bouilli), épanchée entre l'estomac et le foie. *Foie* : présente sa face convexe une légère éraillure, et plus près du bord antérieur, une fêlure et une craquelure d'aspect stellaire. *L'intestin*, miné dans toute son étendue, ne présente aucune lésion, sauf deascularisation. *Rate*, saine. *Pancréas*, sain.

Du côté du petit bassin pas d'épanchement sanguin, alimentaire ou purulent : le grand épiploon a empêché les matières alimentaires de se répandre dans la cavité abdominale.

La vessie et les uretères sont sains de même que le rein droit. Le rein gauche présente une diffusion sanguine concrétée en caillots de peu d'épaisseur et située entre la capsule propre du rein et son enveloppe celluleuse. Pas de rupture de sa capsule.

Les calices et les bassinets contiennent seulement des caillots. Nous n'avons pas pu constater de déchirure du parenchyme autre qu'une légère solution de continuité du hile de l'organe. Mentionnons enfin une fracture de la branche horizontale du pubis droit que nous n'avions pu diagnostiquer pendant la vie : le trait de fracture siège au niveau où la branche du pubis confine au sillon cotyloïdien : il n'y a pas déplacement considérable.

Jusqu'ici nous n'avons point étudié de solution de continuité qui nous permette d'expliquer la présence des matières alimentaires dans la cavité péritonéale mais elle était des plus apparentes : c'est une déchirure de la face antérieure de l'estomac. Elle forme la partie importante de notre présentation et nous la décrirons avec quelques détails.

Considérée dans son ensemble elle affecte une forme elliptique en tout semblable à l'incision imparfaite dite « en queue » que l'on pratique parfois dans les ligatures d'artères : cet aspect provient de l'inégalité de longueur de la solution de continuité des différentes tuniques de l'estomac, la musculuse s'étant notablement plus rétractée que la muqueuse.

L'estomac étant médiocrement dilaté, offre à peu près les dimensions classiques de 26 centim. de la grosse tubérosité au pylore, de 11 centim. de la grande à la petite courbure.

Or la solution de continuité offre les dimensions suivantes : 4 cent. pour la muqueuse suivant le grand axe ; 5 centim. $1/2$ pour la musculuse suivant le même axe, suivant le petit axe au contraire 3 centim. pour la musculuse, 2 centim. $1/2$ pour la muqueuse.

En d'autres termes, et bien que l'orifice ne soit pas directement parallèle aux courbures de l'estomac et presque transversal, mais au contraire légèrement oblique de haut en bas et de gauche à droite, nous pouvons indiquer sa situation exacte en disant que ses deux points extrêmes sont situés à 3 centim. $1/2$ de la grande courbure, à 5 centim. de la petite, à 8 centim. de la valvule pylorique, à 14 centim. de la grosse tubérosité, tous chiffres qui, joints aux dimensions de l'orifice lui-même, représentent sensiblement les dimensions normales de l'estomac, 11, 26.

On remarque encore un peu de suffusion sanguine du grand épiploon à son attache gastrique ; la lèvre supérieure de la rupture offre une muqueuse contuse, ecchymotique, ratatinée, aspect que ne présente pas la lèvre inférieure.

Nous avons déjà mentionné la rétraction plus considérable de la tunique musculuse, qu'indiquent d'ailleurs les dimensions notées plus haut. Nous avons ouvert l'estomac pour examiner la rupture par sa face postérieure et interne et nous avons pu nous assurer de l'intégrité de la muqueuse stomacale sauf au point rupturé ; de ce côté la rupture affecte la forme d'une incision presque rectiligne et dont les

lèvres s'affrontent exactement ; la supérieure est le siège d'une vaste ecchymose offrant les dimensions d'une pièce de 10 centimes environ ; l'inférieure présentant à son voisinage deux petites *craquelures* de la muqueuse.

Nous avons pu pratiquer l'*examen histologique* des bords de la solution de continuité : dissociation des couches muqueuse et musculieuse, infiltration de globules sanguins, absence complète de globules embryonnaires, en somme résultat négatif au point de vue de l'existence d'une lésion antérieure au traumatisme, chose que faisaient déjà amplement prévoir les commémoratifs et l'examen macroscopique de la lésion.

EN RÉSUMÉ, et pour formuler d'une façon nette et précise le diagnostic anatomique et clinique, nous avons affaire à une rupture de la face antérieure de l'estomac, indépendante de toute tare organique de cet organe, rupture indirecte consécutive à une chute sur les ischions.

Après avoir indiqué en détail les particularités de l'observation, il nous reste à signaler les points importants que nous résumons rapidement.

Les ruptures traumatiques de l'estomac sont chose absolument rare ; elles peuvent survenir à la suite d'une contusion directe, mais cette variété même est peu commune, à tel point que les mémoires de Chavasse (*Archives de médecine militaire*, 1884, et Société de chirurgie, 1885) celui de Bouilly (Soc. de chirurgie, 1883) restent muets à cet égard.

Nous les avons vu mentionnées, mais mentionnées seulement dans le traité classique de M. Peyrot, notre maître ; les recherches de Polland, 1838 ; Chauveau, 1869, Longuet, 1875, le mémoire de Beck (*Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1882) s'appliquent aux lésions de l'intestin, l'article du Dictionnaire de Jaccoud les passe sous silence.

On peut être étonné de ne voir point citer d'ordinaire ces ruptures au nombre des complications graves des contusions de l'abdomen, mais leur bibliographie devient complètement nulle si l'on envisage les ruptures de l'estomac de cause indirecte et nous croyons, sauf rectification, en avoir publié le premier cas ; c'est donc une rareté pathologique sur laquelle nous attirons l'attention.

Il est intéressant aussi de faire remarquer que les quelques cas attribués par les auteurs aux ruptures de l'estomac cause directe, vomissements sanguins, douleur épigastrique faisaient ici complètement défaut.

Si nous cherchons à expliquer le mécanisme qui a présidé

à la production d'une telle lésion, nous nous trouvons en présence de théories multiples, tour à tour répétées et adoptées pour l'explication des ruptures de cause directe.

1° La section directe entre l'agent contondant et la colonne vertébrale (Jobert, Forget, Bandem, Legouest, Chavasse), ne peut être incriminée.

2° Le refoulement de l'estomac distendu par les matières alimentaires (théorie de Küss et Chauveau pour l'intestin) rendrait mieux compte de la lésion observée.

3° La théorie de l'éclatement (Faurot) serait également applicable ici, le repas ayant précédé de peu le traumatisme.

Entre ces différentes alternatives que nous étudierons ailleurs, il nous semble que l'on pourrait choisir une opinion mixte dans laquelle interviendraient à la fois la commotion de l'estomac propulsé et retenu brusquement par l'épiploon gastro-hépatique et l'œsophage, la propulsion des aliments qu'il contient, la distension de l'organe par les gaz et les matières alimentaires.

Nous n'insisterons pas ici sur l'échec fatal de toute intervention dans le cas que nous venons de relater, mais nous ferons observer combien l'erreur était facile en présence de l'absence de symptômes nets des lésions viscérales et combien eût été excusable la tentative opératoire.

ÉLECTIONS

M. LUBET-BARBON est nommé membre titulaire.

MM. PILLIET, REBOUL, VIGNARD sont nommés membres adjoints.

M. CORRAL Y MAESTRO est nommé membre correspondant.

Séance du 10 mai 1889.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL

Hémorrhagies mortelles à la suite d'un bubon cervical survenu dans la convalescence d'une scarlatine. — Ulcération de la muqueuse naso-pharyngienne communiquant avec un trajet fistuleux qui contourne la carotide interne et la veine jugulaire en arrière, par M. ACHILLE GAUTHIER, interne provisoire.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société provient d'une femme, Gaillet Stéphanie, âgée de 22 ans, qui est entrée le 10 février 1889, dans le service de M. Straus à l'hôpital St-Antoine, pour une scarlatine.

Cette scarlatine avait évolué normalement et la malade semblait guérie, quand le 9 mars dans l'après midi, elle fut prise de frissons, avec élévation de la température, 39°.8, douleurs vives et gonflement des régions parotidiennes et sous-maxillaires des deux côtés, déformation qui rappelait celle des oreillons doubles.

Au bout de cinq jours, ces adénites arrivèrent à résolution sauf du côté gauche où la région parotidienne resta tuméfiée et douloureuse. L'examen de la gorge, fait avec soin, ne démontrait rien d'anormal; la fièvre persistait, oscillant autour de 39°. Léger œdème aux membres inférieurs et un peu d'albumine dans les urines.

Seize jours après le début de ces accidents, le 25 mars, à cause de la persistance de l'état local et d'une fluctuation profonde qu'il semblait percevoir, M. Monod se décida à intervenir et, arrivé sur la parotide qui était normale, il ne crut pas devoir aller plus loin, étant donnés les dangers opératoires de la région.

Le 31 mars, au milieu de la nuit, la malade fut prise d'un accès de suffocation et rendit au milieu d'efforts de vomissements une quantité considérable de sang liquide. Ces vomissements se répétèrent trois jours de suite, laissant la malade dans un état d'anémie profonde. Cependant la fièvre augmentait encore avec de grandes oscillations, 40°, le soir et 38°, le matin.

En présence de ces hémorrhagies, on s'est demandé quelle pouvait en être la cause. Malgré l'adénite cervicale, en l'absence de crachats purulents et de fétidité de l'haleine, bien que la tuméfaction fût un peu diminuée après ces vomissements, on crut devoir rejeter l'hypothèse d'une ulcération vasculaire, comme on en a déjà vu se produire en pareil cas, et le diagnostic resta hésitant entre une hémorrhagie nasale, due à la néphrite, et un ulcère de l'estomac, resté jusque-là latent. On la traita par la glace intus et extra. Pendant trois aines, il n'y eut plus d'accidents, mais le 24, l'hémorrhagie réapparaît et le 25 la malade meurt, rendant par la bouche un flot considérable de sang.

L'AUTOPSIE, on ne trouve dans l'estomac, à moitié rempli de sang

coagulé, aucune lésion appréciable, ni dans l'œsophage ni dans les intestins.

Mais après avoir enlevé le pharynx et les parties molles qui l'entourent, on voit à la partie supérieure de l'arrière-cavité des fosses nasales, presque immédiatement sous la base du crâne, en arrière de l'amygdale et du voile du palais, une ulcération déchiquetée ayant à peu près un centimètre et faisant communiquer le pharynx avec une poche anfractueuse. Cette poche, remplie par un caillot cruorique, est située entre la paroi du pharynx et la carotide interne, les décollant dans une longueur de 3 à 4 cent.

Le tissu cellulaire voisin est condensé et repoussé et infiltré à ce point que sa coloration, plus foncée, tranche sur les parties voisines. L'infiltration suit les vaisseaux du cœur et descend au-dessous de la poche jusque vers la bifurcation de la carotide primitive. De cette poche part un prolongement qui contourne en arrière les gros vaisseaux et vient aboutir à la face profonde de la parotide.

Cependant on ne trouve aucune trace de lésion vasculaire qui puisse expliquer les hémorrhagies, mais la présence d'un caillot dans la cavité anfractueuse, l'infiltration sanguine du voisinage permettent de croire qu'elles se sont faites à ce niveau.

L'amygdale et le voile du palais ne présentent aucune altération.

Les reins sont un peu gros et on y voit les lésions macroscopiques de la néphrite aiguë.

Les autres organes paraissent normaux.

Rein calculeux. — Néphrectomie, par M. VIGNEROT, interne des hôpitaux.

Et. Augustine, âgée de 44 ans, modiste, entrée le 23 avril 1889, salle Lisfranc, n° 17, service de M. Monod.

Antécédents. — Père et mère encore vivants et doués d'une bonne santé. Pendant son enfance la malade a toujours été assez chétive. Diarrhée presque continuelle jusqu'à l'âge de 10 ans. A l'âge de 12 ans, la malade fut prise pour la première fois de douleurs extrêmement violentes au niveau de la région lombaire du côté droit irradiant jusqu'à la vessie et à la partie supérieure de la cuisse. Ces douleurs étaient accompagnées d'envies fréquentes d'uriner elles persistèrent trois jours puis cessèrent brusquement à la fin du troisième jour. Pendant tout l'intervalle qui s'étend depuis cet âge jusqu'à 42 ans la malade est prise 5 ou 6 fois par an en moyenne de crises douloureuses semblables.

Depuis une quinzaine d'années elle remarque que de temps en temps elle rend de petit calculs en urinant. Ces calculs sont parfois en nombre considérable. Il n'y a jamais eu de véritable hématurie, parfois cependant la malade a cru remarquer une coloration rosée des urines. A partir de la même époque survient une dyspepsie très prononcée et un état nerveux de plus en plus accentué.

Depuis deux ans le tableau s'est en peu modifié ; en effet les graviers sont moins abondants mais la malade a remarqué que souvent

L'émission d'urine est suivie d'un état de malaise général aboutissant progressivement à une crise douloureuse. La douleur débute dans la région lombaire puis se fixe dans le flanc droit. En même temps il existe du météorisme abdominal et une sensation de pesanteur à l'hypogastre.

Les envies d'uriner sont fréquentes et n'aboutissent qu'à l'expulsion de quelques gouttes d'urine. Parfois surviennent des vomissements alimentaires. Souvent au milieu de ces accès, la malade pâlit se sent prise de défaillance mais jamais de syncope. Dans l'intervalle des crises la malade ressent une douleur sourde dans le flanc droit et éprouve une sensation de gêne au niveau du rein du même côté. Lassitude générale et léger amaigrissement depuis deux ans. L'appétit se maintient mais la digestion est toujours très pénible, dyspepsie flatulente.

Cet état s'aggravant de plus en plus la malade se décide à entrer à l'hôpital le 23 avril.

Etat actuel. — La malade éprouve une lassitude générale. Toute conversation est pour elle une fatigue, et les efforts de mémoire sont particulièrement pénibles. La céphalée est constante. Si on vient à palper l'abdomen, on trouve dans sa partie droite et supérieure une tumeur ayant la forme et la consistance du rein. Le volume semble toutefois plus considérable qu'à l'état normal. Le bord convexe regarde en haut et en dedans, le bord concave, en bas et en dehors. Cette tumeur se déplace légèrement de haut en bas. La quantité d'urine est à peu près normale. L'urine renferme un peu de pus et d'albumine. Les poumons et le cœur paraissent normaux. L'estomac est dilaté et paraît descendre au-dessous de l'ombilic. On pose le diagnostic de rein calculeux.

Opération, le 7 mars. — Incision commençant au niveau de la ligne d'union de la masse sacro-lombaire avec la dernière côte, et descendant obliquement, en bas et en dehors, jusqu'à la crête iliaque. A partir de ce point, l'incision est prolongée horizontalement dans l'étendue de quelques centimètres, parallèlement à la crête iliaque. On découvre ainsi le triangle situé entre le grand dorsal et le grand oblique, et à ce niveau, en sectionnant les muscles et les aponévroses, on pénètre dans la cavité abdominale. On découvre bientôt l'enveloppe cellulo-graisseuse du rein ; on décortique facilement cet organe avec les doigts ; puis, en exerçant une pression au niveau du flanc droit, on arrive à le faire saillir à travers les lèvres de l'incision. L'exploration permet de reconnaître que ce rein est absolument rempli de calculs et impropre à la sécrétion urinaire. On se décide alors à pratiquer la néphrectomie. En tirant un peu sur l'organe, on voit nettement le pédicule. Ligature de l'uretère. Ligature des vaisseaux. Lavage à l'eau phéniquée forte. Suture des muscles, des aponévroses, de la peau. Deux drains sont placés dans la plaie. Compression avec des *trousses*. Pansement iodoformé.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agissait bien de calculs rénaux. Le rein est transformé en une poche polykystique renfermant de nombreux calculs de diverses dimensions.

Le plus volumineux est un calcul ramifié qui occupe le bassin; il a l'aspect d'un corail étendant ses branches dans les cavités kystiques voisines. Les autres sont disséminés dans la substance rénale; leur volume varie, les uns ne dépassent pas celui d'un pépin de pomme, les autres sont gros comme des grains de raisin. Le rein était en outre distendu par une collection séro-sanguine. Il ne renfermait pas de pus. Trois jours après l'opération l'état de la malade est excellent. La température n'a pas dépassé 37°.

M. TUFFIER, pense qu'il eût été préférable de laisser le rein et de chercher à enlever les calculs par des ponctions successives sur le rein mis à nu. Il y avait intérêt à le laisser, parce qu'il reste encore une forte épaisseur de tissu sécrétant, quitte à faire plus tard une néphrectomie secondaire.

M. POIRIER constate que les calculs sont nombreux et petits, formant cinq foyers distincts; il eût fallu pour les enlever couper le rein dans tous les sens, l'opération eût été très longue et d'une grande difficulté.

M. TUFFIER. Malgré ces difficultés, il fallait laisser le rein parce que celui de l'autre côté peut devenir malade.

Sarcome fasciculé intra-utérin. — Amputation sus-vaginale de l'utérus et des annexes, par M. LARGEAU (de Niort).

M^{me} A. R., de la Charente-Inférieure, m'est envoyée le 2 mars 1889 par le Dr Pellevoisin de Beauvoir pour une tumeur abdominale.

Antécédents personnels. — Agée de 42 ans et mère de deux enfants bien portants, elle n'a jamais été malade jusqu'il y a quatre ans. A cette époque, en 1885, elle a commencé à souffrir de douleurs dans les jambes et dans le dos, mais ce n'est que très lentement que ces symptômes se sont accentués. Il y a deux ans, le médecin qui la soignait a constaté l'existence d'une tumeur. Les règles commencent à venir plus fréquemment et à durer plus longtemps. Elles se prolongent souvent huit ou dix jours et l'intervalle entre deux périodes est très court.

État actuel. — Au moment où je l'examine elle est tombée dans une anémie profonde : la peau est cireuse, les lèvres décolorées ; un souffle très fort existe à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou, les jambes enflent le soir et elle ne peut rester debout.

Elle ne souffre pas beaucoup du ventre se plaignant surtout de pesanteur et de douleurs lombaires.

On constate à l'examen du ventre une tumeur ayant l'aspect et la forme d'un utérus gravide au sixième mois de la gestation. La

tumeur remonte jusqu'à l'ombilic : elle est lisse, unie au palper, de consistance très élastique et comme fluctuante, formée évidemment par l'utérus distendu par une tumeur. Le col est lisse, peu augmenté de volume. L'hystéromètre pénètre à 4 cent. environ et provoque au contact de la tumeur un peu d'hémorrhagie.

Je fais le diagnostic de fibrome intra-utérin et je propose à la malade une intervention qui est acceptée. L'opération est faite le 6 mars 1889.

Le ventre incisé je tombe sur l'utérus. Il est ouvert, la tumeur est mise à nu et enlevée sans hémorrhagie, grâce à l'application d'un fil élastique sur le col. Les ligaments larges à droite et à gauche sont liés au-dessous des ovaires et des trompes, puis le corps de l'utérus avec ses annexes est enlevé en entier, le col seul restant au-dessous du fil élastique. Le pédicule est fixé au moyen d'une broche à l'angle inférieur de la plaie, les deux feuillets péritonéaux affrontés selon la méthode de Schroeder. La malade guérit sans incidents et put rentrer au bout d'un mois dans son pays. Je l'ai revue il y a quelques jours en bonne santé. Elle marche bien, ses forces sont en partie revenues et l'anémie diminue peu à peu.

La tumeur que je présente à la Société pèse 750 grammes. Elle est formée d'un grand nombre de lobes et lobules plus ou moins volumineux, quelques-uns gros comme une orange, d'autres plus petits qu'un pois, réunis les uns aux autres par des tractus fibreux et quelques vaisseaux grêles. Elle était très adhérente à la face interne de l'utérus dont elle était difficile à détacher, quelques lobules plongeant entre les faisceaux de fibres musculaires. Les lobules les plus petits et les plus nombreux se trouvent juste au-dessus du col. La tumeur est dure à la coupe, d'aspect fibreux. L'utérus qui l'enveloppait est très hypertrophié dans tous ses points ; au niveau du fond il est épais de trois centimètres environ.

L'examen histologique a été fait par M. Toupet au laboratoire de M. Cornil. Il a trouvé les caractères d'une tumeur mixte : d'un *fibro-sarcome* ou *sarcome fasciculé* et conclut en faveur d'une tumeur plutôt bénigne tout en réservant la question de la récurrence possible.

Il est certain que si la tumeur eût été sous-péritonéale elle eût évolué beaucoup plus vite. Dans l'observation actuelle elle était contenue et comprimée par l'utérus même qui arrêtait son développement.

La rareté des tumeurs de cette espèce m'a déterminé à vous la présenter et à venir vous demander votre avis sur le pronostic à établir.

poplexie de l'ovaire gauche. — Endométrite hémorrhagique et rétroversion. — Ovariectomie double et ventrofixation. — Guérison.

M. LARGEAU présente un kyste hématique de l'ovaire gauche pour lequel il a fait l'ovariotomie. La malade pré-

sentait des douleurs fixes très vives dans le flanc gauche. Elle avait des métrorrhagies presque continuelles. La suppression des ovaires des deux côtés et la ventrofixation ont amené la disparition des douleurs et des métrorrhagies. La malade est aujourd'hui bien portante.

Il présente en outre un petit **fibrome calcifié** enlevé au cours d'une ovariectomie.

Tuberculose du rein droit et de l'uretère correspondant.
— **Imperméabilité de l'uretère.** — **Hypertrophie compensatrice de l'autre rein,** par M. A. BONNEAU.

C..., charretier, 35 ans.

Aucun *antécédent héréditaire*. N'a jamais été malade, dit-il. (Cependant on apprit plus tard qu'il avait eu autrefois des hématuries.)

Actuellement il présente une arthrite fongueuse tarso-métatarsienne droite avec trajet fistuleux sur le bord externe du pied. L'état général est assez bon : on note seulement une respiration un peu rude dans la fosse sus-épineuse gauche. Les urines sont normales et ne contiennent ni pus ni albumine. Rien au cœur.

Le 4 mai, M. Routier lui pratique l'amputation de Chopart. Aussitôt après l'opération, le malade est pris de vomissements incoercibles, mis tout d'abord sur le compte du chloroforme, la température oscille entre 37° et 38°.

Le lundi matin, surlendemain de l'opération, la température est à 38° : les vomissements continuent et les pupilles sont punctiformes. On a négligé de recueillir les urines des 24 heures, mais leur quantité ne paraît pas notablement diminuée. On constate seulement au fond de l'urinoir une couche de mucus strié de sang. Dans la journée, le malade est pris brusquement de phénomènes comateux et meurt.

A l'AUTOPSIE, on trouve le rein droit oblitéré et légèrement diminué de volume ; à la coupe, on constate la destruction à peu près complète de la substance rénale qui se trouve réduite à une mince coque de substance corticale ; la substance médullaire est complètement détruite et remplacée par des masses caséeuses de consistance analogue à du mastic. L'examen histologique y a fait découvrir de nombreux bacilles de tuberculose.

L'uretère de ce côté est légèrement augmenté de volume, et complètement *imperméable*, ce qui explique que les urines aient pu rester normales. A la coupe, on le trouve complètement oblitéré par de la matière caséeuse, dans sa partie supérieure ; le bassinet en est également rempli. Le rein du côté opposé est complètement sain, mais a subi une hypertrophie compensatrice considérable.

Les parois vésicales sont épaissies, et la muqueuse recouverte d'un dépôt pseudo-membraneux.

Il n'y a que peu de lésions pulmonaires ; simplement quelques tubercules crus au sommet gauche.

M. VERCHÈRE. — Le fait au point de vue clinique présente

un intérêt que je désire faire remarquer. C'est la mort rapide du malade à la suite de l'intervention. Si l'autopsie n'avait pas été faite, étant donnée l'absence de complications au lieu opératoire, on n'eût pu reconnaître la cause de la mort et rien n'eût attiré l'attention du côté des reins, l'oblitération de l'uretère du côté de l'unique rein malade empêchant toute arrivée d'urine albumineuse ou bacillaire dans la vessie; le malade eût été regardé comme mort de choc. Or il n'en est rien, et la lésion préexistante du rein est une raison suffisante pour expliquer la mort survenue sous l'influence du traumatisme.

Cirrhose de Laënnec à marche rapide, accompagnée d'ictère. — Adénomes du foie. — Mort par hémorragie due à la rupture de varices œsophagiennes, par M. E. MOSNY, interne des hôpitaux.

Le nommé C..., Emile, âgé de 72 ans, ancien menuisier, entre le 25 février 1889, au lit n° 20 de la salle Serres, service de M. le professeur Brouardel, alors suppléé par M. H. Martin.

Antécédents héréditaires. — Son père, qui n'avait jamais été malade, est mort noyé par accident. Sa mère est morte à 76 ans de sénilité. Il eut deux frères et une sœur : la sœur et un des frères sont morts très jeunes, de cause inconnue. L'aîné de ses frères est mort plus âgé qu'il ne l'est actuellement, de maladie non déterminée. Il n'eut qu'une fille qui mourut de fièvre typhoïde à l'âge de 16 ans. Sa femme est morte à 70 ans, il y a actuellement deux mois. En somme, rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Comme maladie aiguë, fièvre typhoïde à l'âge de 18 ans. Pas de syphilis. Pas de rhumatisme. Pas d'impaludisme. Il n'a jamais eu la jaunisse, et n'a jamais présenté d'accidents pouvant se rapporter à la lithiase biliaire. Il offre, par contre, des antécédents des plus nets d'alcoolisme : il buvait chaque matin un à 2 petits verres de rhum, et prenait environ un litre de vin dans sa journée aux repas; il ne buvait ni absinthe, ni apéritif d'aucune autre sorte. Il ne se rappelle pas, d'autre part, d'avoir eu ni cauchemars la nuit, ni pituites le matin. Depuis 10 ans environ, il est affecté d'un tremblement sénile, et, dit-il, tous ses parents, morts à un âge avancé, tremblaient comme lui.

Début. — Il y a 2 mois, il perdit l'appétit qu'il ne recouvra d'ailleurs plus désormais, en même temps que survint un gonflement des jambes qui disparut par le repos. Il attribue ces troubles à la douleur que lui fit éprouver la mort de sa femme, car jusqu'alors dit-il, il avait joui d'une santé parfaite.

Il y a 3 semaines, ses jambes se mirent à gonfler à nouveau, et, quelques jours après, son ventre se développa : l'enflure montait, dit-il. En même temps il s'aperçut que son teint jaunissait; mais ses selles restaient régulières et normalement colorées. Il n'eut jamais

aucune hémorrhagie. Comme traitement, il se purgea, et se mit au régime lacté.

Etat actuel. — Le malade offre une *teinte ictérique* très nette, bien que peu intense, de tout le tégument externe.

Les *membres inférieurs* sont tous deux également et notablement œdématisés, surtout au niveau des jambes. On lui fit d'ailleurs des 2 côtés des mouchetures qui amenèrent du côté droit une inflammation assez vive qui se traduit actuellement par une rougeur intense de la peau qui est aussi lisse, tendue, luisante, et douloureuse au moindre contact.

L'*abdomen* est gros, tendu, sans que pourtant la dépression ombilicale soit effacée. La paroi abdominale est œdématisée; les veines y sont dilatées, surtout du côté droit, principalement au-dessus de l'ombilic.

Le ventre est étalé sur les côtés; la matité, absolue sur les côtés, remonte assez haut, ne laissant autour de l'ombilic qu'une zone assez restreinte de sonorité hydro-aérique. Enfin, la percussion donne la sensation de flot. Il y a donc une *ascite* assez considérable. Outre cela, il est à noter que le malade est porteur d'une hernie inguino-scrotale double, assez volumineuse; à gauche, elle date de 30 ans et est accompagnée d'un varicocèle; à droite, elle ne date que de 5 ans.

L'exploration du *foie*, absolument indolente, est gênée par l'ascite; pourtant on peut se rendre compte que la matité qui remonte en haut jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous du mamelon droit, descend jusqu'à 1 ou 2 travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes. Elle n'empiète guère sur l'hypochondre gauche. La palpation ne dénote ni tuméfaction, ni bosselures de la face supérieure du foie. Loin d'être rétracté, le foie est donc au moins normal, sinon quelque peu hypertrophié.

La *rate* est très difficile à explorer ou même à sentir; elle ne paraît pourtant pas hypertrophiée, autant qu'on peut en juger.

Les membres sont agités par un *tremblement* à oscillations lentes, très peu étendues, se produisant à l'occasion des mouvements voulus. Pourtant, au repos, on perçoit parfaitement la trémulation des muscles, insuffisante pour produire un tremblement des membres. La parole est lente, scandée, tremblée; les lèvres et la langue tremblent.

L'auscultation du *cœur* n'y dénote pas de bruits anormaux; les bruits normaux ont conservé leur rythme, et sont seulement plus sourds, plus faiblement frappés.

Les *artères* des membres sont sinueuses, rigides, fortement athéromateuses.

L'auscultation des *poumons* y dénote des signes stéthoscopiques de bronchite et d'emphyseme disséminés dans toute l'étendue des deux poumons: râles sonores sibilants et ronflants entremêlés de bouffées de crépitation légère; expiration prolongée. Pas de pleurésie, pas de toux, pas d'expectoration.

Les *fonctions digestives* sont profondément troublées; la langue est humide, mais d'un blanc jaunâtre (coloration ictérique des muqueuses). L'appétit est nul, et le malade prend à peine un peu de lait. Les selles sont rares, colorées en jaune. Pas de vomissements ni de nausées. Hoquet fréquent, de longue durée.

La quantité des *urines* émises dans les 24 heures est d'un litre environ.

Leur coloration est jaune acajou, virant au rouge. Elles ne contiennent ni albumine (chaleur et acide acétique) ni sucre (liqueur de Fehling).

Agitées avec du chloroforme, elles laissent déposer un culot très légèrement teinté en jaune verdâtre ; avec de l'éther additionné d'une goutte d'alcool rectifié, celui-ci surnage coloré en vert très pâle, bleuté à sa limite de séparation d'avec l'urine. La réaction de Gmelin est caractéristique de la présence du pigment biliaire : les anneaux colorés extrêmes, rouge et vert sont les plus marqués.

Le 8. Les symptômes sont à peu près les mêmes que ceux notés au début : perte absolue de l'appétit, constipation, décoloration des selles.

L'œdème des membres inférieurs, l'inflammation de la jambe droite ont notablement diminué.

Par contre, l'ascite a considérablement augmenté ; l'ictère s'accroît et se fonce en couleur ; les urines, dont la quantité n'a pas varié, tirent au vert foncé.

Pendant que nous l'examinons, le malade est pris de toux quinteuse avec expectoration abondante, et quelques minutes après, il rend à la suite d'une quinte de toux, environ 50 gr. de sang rouge, aéré, visqueux, sans caillots. Il n'a d'ailleurs ni dyspnée, ni oppression.

L'après-midi, il est pris d'un vomissement noir, marc de café, ce qui justifie les prévisions d'ouverture de varices œsophagiennes suivie d'émission de sang en partie rendu par hématomèse immédiate, en grande partie tombé dans l'estomac, et rejeté ultérieurement par vomissement.

Le 9. Le malade a eu pendant la nuit une hématomèse abondante, et se montre extrêmement affaibli à la visite du matin.

Il urine sous lui, de sorte qu'on ne peut recueillir qu'une très faible quantité d'urine qui à l'examen chimique offre toutes les réactions précédemment notées, mais où, de plus, on décelé la présence d'une très faible quantité de sucre (liqueur de Fehling, et potasse caustique avec le sous-nitrate de bismuth).

Le soir même, le malade est pris d'une hématomèse abondante et meurt à 5 heures du soir.

Le traitement pendant tout le séjour du malade à l'hôpital s'était borné au régime lacté et à l'iodure de potassium.

AUTOPSIE, 23 heures après la mort. Le corps est parfaitement conservé. Rigidité cadavérique.

Le cadavre est très gras. Les parois abdominales légèrement œdématisées sont doublées d'un pannicule graisseux de 4 à 5 centim. d'épaisseur. Les membres inférieurs sont œdématisés, mais non les membres supérieurs. L'ouverture de l'abdomen laisse écouler environ 4 litres d'un liquide jaune citrin, pâle, limpide.

Plèvres. Ni adhérences, ni épanchement d'aucun des deux côtés.

Poumons, crépitent plus que de coutume. Rien à leur surface. Leur coupe laisse écouler une grande quantité de sérosité rosée, spumeuse. Le parenchyme est un peu rouge. On y trouve en somme une congestion légère, de l'œdème et de l'emphysème surtout dans les languettes antérieures. Ces lésions sont identiques des deux côtés.

Larynx et trachée normaux, sauf une congestion très légère de muqueuse trachéale. Les ganglions trachéo-bronchiques noirs, ont le volume et un aspect normaux.

Cœur pèse 340 gr. Pas d'adhérences ni d'épanchement péricardiques. *Droit*. Les orifices pulmonaire et tricuspidien sont sains, leurs valvules sont suffisantes. Un caillot fibrineux occupe l'infundibulum pulmonaire — *Gauche*. Athérome considérable des valvules aortiques dont l'une est absolument immobilisée. Insuffisance des valvules aortiques. L'orifice aortique est normal. L'orifice mitral est sain. La valvule est indurée, athéromateuse sur son bord libre. Pas de caillots dans le cœur gauche.

Myocarde en diastole. Mou, flasque, considérablement surchargé de graisse surtout sur sa face antérieure. Sa couleur est jaunâtre. Son épaisseur est de 1 centim. au plus sur le ventricule gauche, et de 2 millim. à peine sur le ventricule droit. Le reste des parois est constitué par une couche de graisse d'environ 2 à 3 millim. d'épaisseur. Pas de traces de sclérose.

Aorte présente des plaques d'athérome dans le grand sinus, dans ses portions thoracique et abdominale; on en retrouve surtout à la bifurcation de l'aorte en iliaques, et au niveau de l'abouchement du tronc cœliaque et des 2 artères rénales. L'orifice des artères coronaires est libre.

Œsophage. Les parois sont soulevées, du côté de la face muqueuse, par d'énormes varices qu'on retrouve en haut jusque dans les gouttières latérales du pharynx. A l'extrémité inférieure de l'œsophage, au niveau du point où il traverse le diaphragme, on trouve au milieu de plaques ecchymotiques très petites, de petits orifices arrondis, admettant la tête d'une épingle, par lesquels ont dû se faire les hémorrhagies qui ont amené la mort. Dans la courte portion abdominale de l'œsophage, on retrouve ces mêmes varices et ces mêmes petites plaques ecchymotiques, mais on n'y peut voir d'orifice bien net de rupture variqueuse.

Estomac. — Contient une bouillie abondante, de couleur marc de café. La muqueuse est rouge, très congestionnée et soulevée par de grosses veines variqueuses, sans rupture appréciable de ces varices.

Intestin. — Contient cette même bouillie à l'aspect de marc de café, que nous avons retrouvée dans l'estomac, et qui a coloré les parois des seules portions supérieures de l'intestin en rouge violacé, lie-de-vin. Ces parois ne sont d'ailleurs nullement congestionnées; leurs veines ne sont pas variqueuses. Le gros intestin ne contient rien, ses parois sont normales. Pas de péritonite.

Reins. — Poids: 150 gr. rein droit; 170 gr. rein gauche. La décortication est facile. La surface n'est pas congestionnée et n'offre pas de kystes. Le bord convexe est légèrement granuleux, avec quelques cicatrices fibreuses rares. La substance corticale n'est que fort peu réduite de volume. Rien de notable dans la pyramide. Le parenchyme rénal a une consistance normale, et est partout légèrement coloré en jaune. Adipose centrale.

Urètères libres, normaux, non dilatés. Pas de pyélite.

Rate, pèse 180 gr., dure, scléreuse. Pêrisplénite considérable.

Foie, pèse 1620 gr. Sa forme générale est conservée. Pas de périhépatite, si ce n'est un peu au niveau du ligament falciforme, sur la face convexe antérieure et supérieure. Sa couleur est en général vert foncé. Sa surface est granuleuse; les granulations ont un volume

très variable allant depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un noix. Il a l'aspect du foie clouté. Les granulations les plus petites se trouvent à l'extrémité des lobes droit et gauche ; elles sont très dures, leur coloration est rousse, elles sont séparées par de petits sillons blanchâtres de tissu scléreux.

Les grosses granulations ne se trouvent guère que sur la face antérieure et supérieure au niveau de l'insertion du ligament falciforme ; leur coloration est d'un vert plus ou moins foncé ; beaucoup d'entre elles sont ramollies à leur centre ; elles sont séparées par de profonds sillons blancs, scléreux, parcourus par des arborisations vasculaires très accentuées. Quelques-unes de ces grosses granulations se retrouvent à l'extrémité des lobes droit et gauche, au milieu des petites granulations. La coupe du foie est extrêmement dure, le tissu crie sous le couteau. On y retrouve les mêmes granulations, les unes petites, dures, rousses, s'énucléant avec la plus grande facilité de leur coque fibreuse ; les autres grosses, ramollies, laissant à la coupe s'échapper une bouillie d'un roux verdâtre, grumeleux, leur périphérie restant seule adhérente à la coque fibreuse qui les entoure.

Vésicule biliaire. Est colorée en marron foncé. La bile s'en écoule librement dans le duodénum. La muqueuse est vascularisée. Elle contient une quantité normale de bile marron foncé, visqueuse. Pas de calculs. Pas de compression en aucun point des voies biliaires.

Pancréas normal.

L'examen des *veines porte, sus-hépatique et cave inférieure* n'y a nulle part dénoté la présence de caillots pouvant les oblitérer.

L'*examen chimique du liquide de l'ascite* y a dénoté la présence d'une grande quantité d'albumine, de pigment biliaire, et des traces de sucre.

Examen histologique. — Nous avons fait l'examen histologique du foie et du rein.

Dans le *foie*, nous avons pratiqué des coupes en plein tissu de petites granulations et au milieu des grosses granulations, et nous avons trouvé dans les premières une cirrhose de Laënnec presque typique, avec tendance de quelques nodules cirrhotiques à affecter la configuration de nodules d'hyperplasie. Dans les secondes nous avons trouvé la structure la plus nette de l'adénome. Nous décrirons donc successivement la cirrhose et l'adénome. Cette division n'a d'ailleurs d'autre but que la facilité de la description, et il faut se garder d'en conclure à la séparation absolue de ces 2 lésions, car plusieurs de nos coupes montrent de très petites nodules d'adénome noyées au milieu de granulations cirrhotiques typiques.

A. Cirrhose. — Le tissu cirrhotique se montre composé d'ilots de parenchyme hépatique plus ou moins altéré, entourés de bandes conjonctives séparant les ilots les uns des autres.

1° Les *travées conjonctives* ont une épaisseur variable, parfois considérable, surtout aux points où elles se croisent. Elles limitent et séparent les uns des autres, des ilots hépatiques de volume extrêmement variable ; tantôt formant à ces ilots une limite nettement ranchée ; tantôt les pénétrant pour les subdiviser en ilots de 2^e ou de 3^e ordre, ou même s'insinuant à leur périphérie pour les dissocier et les morceler pour ainsi dire travée par travée.

La structure de ces travées conjonctives est celle du tissu conjonctif

adulte : faisceaux de fibres conjonctives entremêlés de noyaux, généralement peu nombreux ; par places même, c'est du tissu fibreux ancien, presque totalement dépourvu de ces noyaux. Ça et là, quelques traînées de pigment biliaire vert foncé, dessinant vraisemblablement le parcours d'un canalicule biliaire. Les néo-canalicules biliaires sont nombreux dans ces travées scléreuses, et nous allons les étudier en décrivant la périphérie des îlots de parenchyme hépatique.

2° Les îlots de *parenchyme hépatique*, entourés par ces travées de sclérose, sont, avons-nous dit, subdivisés ou non par ces travées en îlots de 2° ou même de 3° ordre.

Tantôt la limite d'avec les travées scléreuses est nettement tranchée, tantôt, au contraire, on voit le tissu conjonctif de celles-ci s'insinuer sous forme de tissu conjonctif jeune, plus ou moins riche en noyaux, entre les travées de cellules hépatiques qu'il dissocie.

Les travées de cellules hépatiques ont une disposition tantôt irrégulière, tantôt, au contraire et souvent, régulière, sous forme de rangées concentriques, imbriquées en pelure d'oignon, affectant, en un mot, surtout à la périphérie des îlots, la disposition connue du nodule d'hyperplasie. Souvent alors, dans ces cas, on voit des rangées les plus périphériques de ces nodules se perdre en s'amincissant dans l'anneau de sclérose qui les entoure ; on peut alors suivre, pour ainsi dire pas à pas, la transformation de la cellule hépatique ; son retour à l'état indifférent ; le néo-calicule est formé, on peut le suivre plus ou moins loin dans la travée de sclérose. Ce processus, et cette continuation des travées hépatiques avec les néo-canalicules, peut se saisir sur de nombreux points des coupes que nous avons faites.

Les trabécules hépatiques sont parfois normales dans leur topographie, leurs rapports et leur structure. Nous avons dit plus haut comment le tissu conjonctif de l'anneau de sclérose pouvait parfois s'insinuer entre celles de la périphérie de l'îlot.

Les cellules hépatiques sont :

a. Tantôt normales, contenant un ou 2 noyaux, et un protoplasma finement granuleux ; leur volume est alors normal. b. Tantôt infiltrées de pigment biliaire, en des points très variables des îlots. c. Tantôt enfin infiltrées de graisse sous forme de globules qui en occupent une partie plus ou moins grande. Cette infiltration graisseuse étudiée au moyen de la coloration au henné, nous montre une dégénération parfois totale d'un îlot hépatique, ordinairement partielle, sans localisation bien nette de cette stéatose. Dans les cellules incomplètement infiltrées, le noyau persiste rejeté avec le reste du protoplasma, à l'un des pôles de la cellule.

Les *veines sus-hépatiques* sont tantôt saines, tantôt entourées de tissu conjonctif jeune, riche en noyaux qui de là s'irradie souvent plus ou moins loin entre les trabécules hépatiques avoisinantes. Dans les travées conjonctives, on retrouve les organes constituant l'espace porte, sains quant à leur épithélium, mais ordinairement entourés par une bague conjonctive plus ou moins épaisse et dense.

B. *Nodule d'adénome*. — Ils sont, eux aussi, entourés d'une coque de sclérose de la face interne de laquelle partent parfois des travées fibreuses divisant le nodule primitif en nodules de 2° ou de 3° ordre.

Comme les nodules cirrhotiques, leur limite d'avec l'anneau fibreux

qui les entoure est plus ou moins tranchée nettement, et, parfois, leurs tubes les plus périphériques, constitués par une seule rangée de cellules placées bout à bout se perdent dans ce tissu fibreux.

Chaque nodule est constitué par des tubes plus ou moins irrégulièrement imbriqués en rangées concentriques.

Ces tubes sont composés de deux rangées de cellules hépatiques assez rapprochées, ordinairement accolées l'une à l'autre, sans espace intermédiaire, quelquefois au contraire laissant nettement apparaître entre elles un canalicule rectiligne ou moniliforme dont les dilatations contiennent souvent çà et là de petits calculs biliaires microscopiques.

La coupe transversale de ces tubes d'adénome les montre sous forme de tubes glandulaires régulièrement arrondis, constitués par une seule rangée de grosses cellules cylindriques ou cubiques.

Ces cellules adénomateuses sont des cellules hépatiques très légèrement modifiées : elles sont cylindriques ou cubiques ; leur base est plus large que leur partie libre qui regarde la lumière du tube. Elles sont très notablement plus grosses que les cellules hépatiques normales, contiennent 1 ou 2 gros noyaux munis d'un nucléole, plus rapproché de la face basale de la cellule que de sa face libre ; leur protoplasma offre les caractères microscopiques et histo-chimiques de la cellule hépatique. Elles sont nettement séparées les unes des autres.

Quelques-unes de ces cellules adénomateuses ont subi une infiltration graisseuse plus ou moins complète ; il est même quelques nodules d'adénome presque totalement stéatosés, dont les cellules, représentées alors par de gros globules de graisse, reproduisent exactement la topographie des cellules normales d'adénome.

Les tubes d'adénome ne sont pas immédiatement accolés les uns aux autres ; ils sont séparés les uns des autres par un anneau de tissu conjonctif jeune, très riche en noyaux, très pauvre en fibrilles conjonctives, très peu épais, qui forme comme une membrane basale à l'épithélium du tube adénomateux.

L'examen histologique du rein nous y dénote les lésions connues de la cirrhose vasculaire, de la néphrite interstitielle, aussi n'y insisterons-nous pas. Nous noterons simplement qu'aucune coupe ne nous a montré de lésions adénomateuse.

La substance corticale offre de la sclérose non pas diffuse, mais en plaques, et des granulations. Sur l'une de nos coupes se montre une large plaque scléreuse de forme triangulaire, dont la base correspond à la périphérie, et dont le sommet se continue avec la pyramide. Les glomérules de cette plaque sont en majeure partie intacts ; très peu d'entre eux sont transformés en blocs arrondis de tissu scléreux. Si peu de glomérules sont détruits et ont conservé leur cavité, presque tous ont une capsule extrêmement épaissie.

Les vaisseaux sont atteints d'endo et de péri-artérite à un degré très avancé.

Dans le labyrinthe on trouve de nombreuses dilatations vasculaires, plus nombreuses dans la plaque de sclérose. L'épithélium des tubes contournés est normal.

La pyramide offre une sclérose considérable entourant les tubes droits d'un anneau régulier formant par places des plaques au milieu

desquelles cheminent les tubes et les vaisseaux. L'épithélium des tubes est normal. Leur calibre est par places agrandi, dilaté. Cette sclérose, qui prédomine au niveau de la papille, est constituée par du tissu fibreux pauvre en noyaux.

Les vaisseaux sont atteints d'endo et surtout de péri-artérite très prononcée ; quelques-uns sont dilatés et gorgés de sang.

RÉFLEXIONS. — Le fait que nous venons de relater n'a rien de nouveau. L'adénome du foie est une lésion suffisamment connue, et la cirrhose atrophique à marche rapide une affection trop étudiée et décrite pour que nous ayons eu besoin d'insister aussi longuement sur un fait en apparence si banal.

Sidonc nous avons si longuement insisté sur l'évolution clinique, sur l'anatomie et sur l'histologie pathologiques de ce cas, c'est que nous avons voulu attirer l'attention sur ce fait qu'une cirrhose présentant cliniquement la plupart des symptômes classiques de la cirrhose dite atrophique de Laënnec, mais, de plus, s'accompagnant d'un ictère très prononcé et évoluant très rapidement, en 2 mois et demi, s'est traduite à l'autopsie par un gros foie chargé de nodules d'adénome dont les tubes appartiennent pour la plupart à la variété dite moniliforme.

Or l'ictère était très intense, son intensité a toujours été s'accroissant, de plus, ce n'était pas à vrai dire un ictère par rétention, puisque les matières n'étaient pas à proprement parler décolorées, mais avaient changé de couleur ; elles n'avaient pas l'aspect du mastic, mais étaient colorées en jaune, roux plus ou moins foncé ; et puisque d'autre part, la vésicule était remplie d'une bile jaune roux s'écoulant librement dans l'intestin.

Enfin, la *marche a été rapide*, car bien que la mort soit due à un accident (rupture de varices œsophagiennes), elle n'a été que bien peu avancée par cet accident, vu l'état cachectique du malade à son entrée, et la progression rapide de cette cachexie.

La conclusion qui s'impose est donc de se demander s'il n'y a pas une relation de cause à effet entre la lésion anatomique de l'adénome d'une part, et d'autre part l'évolution rapide de certaines cirrhoses de Laënnec accompagnées d'ictère.

Et une telle conclusion ne paraîtra pas prématurée, si l'on se souvient que M. Sabourin écrivait dans sa thèse, qui date

de 1881, que « peut-être avec des observations plus nombreuses, on pourrait trouver un rapport entre la variété microscopique d'adénome à cylindres moniliformes contenant des blocs biliaires, et la production du symptôme ictère chronique ».

Bronchite pseudo-membraneuse. — Expectorations blanches lactescentes, très abondantes contenant des membranes de structure fibrineuse moulées sur les ramifications bronchiques de 2^e et 3^e ordre et les ramifications lobulaires. — Examens microscopique et clinique, par M. G. CAUSSADE, interne des hôpitaux.

Le nommé O..., âgé de 20 ans est atteint de bronchite pseudo-membraneuse. Sa maladie s'est faite en quelque sorte en 3 étapes ; la 1^{re} a eu lieu à l'âge de 7 ans, la 2^e à l'âge de 16 ans. Aujourd'hui pour la 3^e fois il est repris des mêmes symptômes que ceux qu'il a présentés dans son enfance et son adolescence. Le premier accès a duré 2 mois et celui-ci, quoique ayant eu une durée moindre que les deux suivants, a été le plus terrible. Cet accès a débuté d'une façon insidieuse, faisant croire à une bronchite ordinaire, puis à une pneumonie. Mais cette prétendue pneumonie a duré deux mois et elle s'est accompagnée d'une expectoration blanche comme du lait dans laquelle nageaient des fausses-membranes analogues à celles du croup. Ces fausses membranes étaient rejetées à la suite d'une toux fréquente, persistante, tenace qui privait le malade de sommeil et qui était accompagnée d'une dyspnée qui allait jusqu'à l'orthopnée. La vie du malade fut en danger, mais les phénomènes s'amendèrent insensiblement et le malade guérissait à peu près complètement.

À l'âge de 16 ans, la maladie se réinstalle, de nouveau le malade expectore le même liquide, les mêmes moules bronchiques, au milieu d'une dyspnée et d'une toux continues. Mais l'intensité des symptômes est moins marquée. En revanche, la maladie dure de 6 à 7 mois avec des phénomènes d'exacerbation et de paroxysme. La guérison s'obtient cependant, et d'une manière absolue.

Tout faisait croire que le malade était définitivement guéri lorsque il y a 7 mois il entra dans un nouvel accès dans lequel la maladie réapparaissait avec tous ses symptômes au grand complet ; leur intensité et leur persistance sont telles, même aujourd'hui, qu'ils ne laissent pas que de donner quelque inquiétude au sujet de la terminaison de la maladie.

Il y a 7 mois, sans qu'on puisse bien préciser l'époque du début de l'accès dans lequel se débat encore le malade, sans qu'on puisse supposer que le patient se soit refroidi, sans qu'il ait présenté un état fébrile quelconque précédant l'écllosion des nouveaux symptômes, survenait une expectoration légère et qui resta liquide pendant tout le premier mois. Bientôt on constatait dans le liquide expectoré des membranes très finement ramifiées et dont les plus grosses avaient à 4 millim., 7 millim. au plus. Peu nombreuses au début, elles devenaient assez abondantes les jours suivants et pouvaient être estimées

approximativement à 3 paquets représentant le volume du poing. Les autres signes fonctionnels se réduisaient à une toux légère, mais fréquente, pas d'accès de dyspnée, rien à la percussion. Et tous les signes physiques consistaient en des râles sous-crépitaux s'entendant aux deux temps de la respiration, sans souffle, et localisés à la partie postérieure et à la moitié inférieure du poumon gauche. C'est à peu près la seule partie du poumon lésée ; le reste du poumon gauche et le poumon droit, sauf dans une très légère étendue de sa partie inférieure, ont toujours conservé leur rythme respiratoire et leurs signes stéthoscopiques normaux. Pas ou peu d'état fébrile.

A partir du second mois, les symptômes se sont aggravés. Les râles sous-crépitaux gagnent en étendue ; on les entend dans la ligne axillaire un peu en avant, quelques jours après. Le malade présente alors le phénomène suivant assez bizarre, il sent très bien quand il doit rejeter une fausse membrane. Au début un peu de toux, rejet d'un peu de liquide d'apparence albumineuse ; puis il ressent une douleur vive, aiguë, bien localisée dans la partie inférieure du poumon gauche, la membrane d'après lui se détache et alors il la suit dans tout son parcours à travers les voies bronchiques, annonçant sa sortie de la bouche dès qu'il doit l'expulser au dehors. Cet état dure 6 semaines.

Puis survient une cessation complète de tous les symptômes : plus de fièvre, plus de toux, plus d'expectoration, plus un seul râle ; la respiration est entièrement libre.

Cette accalmie dure 36 à 48 heures.

Au bout de ce temps, le malade entre en pleine phase suraiguë de la maladie. La toux est plus fréquente, plus pénible ; elle exige une véritable lutte de la part du malade pour empêcher la mise en jeu de son diaphragme qui provoque une douleur vive à gauche à la partie inférieure. La dyspnée est excessive mais ne va pas jusqu'à l'orthopnée. Et alors surviennent, au milieu de quintes de toux violentes, expulsives, délirantes, angoissantes, convulsives, le rejet de membranes et une expectoration abondante, blanche comme du lait et évaluée à peu près à un litre dans les 24 heures. Les efforts de la toux sont en rapport direct avec la nature du liquide ; violents avec les membranes, peu marqués avec le liquide lactescent. Le sommeil dure 4 à 5 heures au plus, le malade se réveille à cause de sa dyspnée.

Depuis 3 mois, les membranes deviennent de plus en plus épaisses. Depuis cette époque, les signes stéthoscopiques sont devenus très variables comme siège, ils ont conservé la même intensité, cependant on perçoit des râles à grosses bulles qui remplacent de temps en temps les râles sous-crépitaux et, à certains jours, un souffle bronchique très net, bien caractérisé vient frapper l'oreille. En même temps que ce souffle bronchique, existe de la bronchophonie qui alterne avec de l'égophonie et les râles cèdent la place à des frottements qui disparaissent le lendemain ; on entend des râles sous-crépitaux.

L'état général s'aggrave, la fièvre augmente, l'appétit diminue et le malade ne peut plus dormir ou ne peut se procurer que quelques rares heures de sommeil, couché dans un fauteuil. Œdème de la jambe gauche occupant tout le mollet. Amaigrissement. La bronchorrhée est abondante ; des membranes nagent en grande quantité au milieu du liquide expectoré.

Au mois de janvier 1889, amélioration. L'expectoration diminue de quantité, mais elle ne change pas de qualité quand il y a expulsion de membranes; le liquide augmente dès qu'elles sont rejetées. Le malade insiste sur la saveur aigre ou de noisette que lui procurent ses crachats dans la bouche. Toux légère, toujours suivie d'expectoration. Plus de quintes. Le malade perçoit à gauche dans la partie inférieure du poumon une sensation de gargouillement. L'auscultation des deux tiers inférieurs du poumon gauche révèle des râles sous-crépitaux variables comme siège et à timbre de grosses bulles. La percussion dénote depuis la base du poumon jusqu'à la ligne axillaire un son presque tympanique, du skodisme, un son creux.

L'état général s'est amélioré, l'œdème des jambes a disparu. La respiration est plus libre mais la température est élevée et il y a de l'oppression. L'appétit est bon, le malade reprend des forces. A la fin du mois de janvier, il se faisait une légère poussée congestive, toujours dans la partie malade du poumon gauche; à la percussion on entendait le bruit de pot fêlé. Mais ce signe disparaissait au bout de 2 jours et la sonorité redevenait normale. Le souffle bronchique durait à peine 2 jours; les râles muqueux à grosses bulles duraient 2 jours et bientôt réapparaissaient quelques râles sous-crépitaux aux 2 temps de la respiration. L'expectoration restait toujours la même, mais les membranes devenaient plus grosses, plus étendues, plus ramifiées, plus déchiquetées, plus moulées.

Le 3 mars, la submatité existe dans la partie inférieure gauche, remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate, les râles sous-crépitaux s'entendent encore et sur la partie latérale ils ont gagné d'étendue. Un souffle bronchique s'entend dans la même zone. L'état général est très bon et le malade semble faire bon ménage avec son affection. Il est toujours obligé de dormir sur un fauteuil, mais il a bon appétit, il reprend des forces, les accès de dyspnée sont moins fréquents et moins intenses. Il tousse moins, cependant le moindre effort suffit pour lui faire rendre par la bouche et les narines un flot plus ou moins abondant de matières muqueuses blanches parfois mêlées à des débris de membranes.

Les *antécédents* du malade sont très bons. Aucune maladie antérieure. Pas d'antécédent pathologique, ni rhumatisme, ni syphilis. Les père et mère et les ascendants ne présentent rien de suspect, deux frères bien portants actuellement. L'un cependant a été malade et a eu une péricéphalite et une fluxion de poitrine. Telle est l'histoire de notre malade. Quelle en sera la fin! Il est probable qu'il sortira victorieux de cette crise comme il en est sorti des précédentes. Seule, la longueur de la maladie nous oblige à poser un pronostic grave et nous assombrir l'avenir.

Examen du liquide expectoré et des membranes. — Le liquide rendu dans les 2 heures est évalué à 1 litre. Il est entièrement blanc, il est légèrement spumeux quand le malade vient de le rendre. Il a une odeur fortement alliagée. Par le repos il ne laisse déposer que quelques flocons qui ont l'air d'être de l'albumine. Les membranes mises dans de l'alcool se conservent indéfiniment. Elles se présentent sous la forme de houppes soyeuses blanches. Elles présentent une tige principale de la grosseur d'une plume d'oie et au delà. Cette tige est un cylindre plein et ne présente dans son intérieur aucune trace de

canal. Cette tige va en diminuant progressivement de volume et, après s'être divisée en ramifications de plus en plus fines et plus nombreuses, elle arrive à former un véritable cheveu. Au niveau des ramifications les plus ténues, on distingue de temps en temps des petits renflements. Aujourd'hui la plupart de ces membranes examinées sont calquées sur le même type ; elles sont toutes très volumineuses. Voici l'examen tel que nous le devons à l'amabilité de M. Wurtz, chef du laboratoire de M. le professeur Straus et de M. Brossard.

1° Les grumeaux, séparés du liquide, traités par l'acide chlorhydrique à 1/1000 et mis à 40° à l'étuve d'Arsonval pendant 24 heures se sont associés et dissous en partie. Le produit de la filtration neutralisé précipite en flocons blanchâtres solubles dans l'eau de chaux (Syn-tonine).

Les grumeaux sont donc composés de fibrine. Réaction du liquide primitif neutre puis alcalin. Densité 1010 à 150°.

2° Examen d'un liquide expectoré renfermant un principe albuminoïde solide et moulé sur les bronches. Il résulte des expériences que nous avons faites sur ce liquide, qu'il présente les propriétés suivantes : a) Son aspect est blanc opalin avec un dépôt abondant au fond du vase qui le renferme. b) Sa densité faible est comprise entre 1001 et 1002. c) L'examen microscopique y démontre la présence de nombreux vibrions et principalement des corpuscules de ferments, de cellules épithéliales sans caractères absolument distinctifs, et d'amas solides paraissant amorphes. d) Sa réaction est acide. e) Le liquide filtré ne précipite ni par la chaleur ni par les acides. Il ne renferme donc pas d'albumine. f) 5 centimètres cubes évaporés à siccité ont donné 0 gr. 126 milligrammes de matières solides, soit un total de 25 gr. 20 par litre, formées en plus grande partie par des matières organiques ayant les caractères des santonines. g) Le résidu calciné a donné 0 gr. 030 milligr. de sels anhydres composés de chlorures et d'une petite quantité de phosphates. h) Le dépôt présente les mêmes caractères chimiques que les desquamations conservées dans l'alcool (ces dernières préalablement lavées à l'eau distillée), savoir :

A. Insolubilité dans l'eau de chaux, absence de gonflement dans l'eau à 45°, solubilité dans l'acide acétique, caractères qui distinguent la matière dont ils sont formés de la mucine.

B. Insolubilité dans le sulfate de soude et le chlorure de sodium, ce qui la distingue de la fibrine, cette substance paraît se rapprocher beaucoup de la matière épithéliale, sans cependant que nous puissions l'affirmer d'une manière positive.

Examen histochimique. Examen microscopique. — I. *Réaction histochimique.* Teinture d'iode : concrétion devient jaune. Acide sulfurique dilué : dissout rapidement. Eau salée : se conservent mais deviennent friables, se dissolvent à la longue. Eau : les conserve pendant quelque temps, puis les dissout. Eau alcoolisée : les conserve indéfiniment. Eau de chaux : ne dissout pas, sans action. Les striations sont marquées légèrement, que la préparation soit colorée ou non. Par l'acide acétique, les striations restent les mêmes. Coloration par la méthode de Weiggert ; fond bleu pâle.

II. — *Examen microscopique.* A. *Examen microscopique des crachats. Examen simple :* L'examen ne révèle rien, entièrement négatif, sauf quelques cellules rondes sans caractère spécial

dans la préparation et quelques cellules rondes disposées en tétragones dans quelques coins de la préparation et colorées facilement par le bleu de méthylène; ce sont des levûres. Au 7 Verick, pas de leptothrix. Dans une préparation extemporanée, quelques bacilles sans caractère.

Examen compliqué. — Il y a à regretter que nous n'ayons pu nous procurer des crachats frais. L'examen suivant porte sur l'expectoration spumeuse constituant le liquide dans lequel nageaient les moules fibrineux. Coloration par la méthode d'Erlich: Résultat négatif. Méthode de Gram: Examen de l'expectoration: petits bacilles très courts à section nette.

En résumé absence complète d'éléments figurés.

B. — *Examen des blocs fibrineux. Examen longitudinal* (inclusion dans la celloidine). Carmin aluné. Coloration des leucocytes que l'on voit réunis en masse au milieu de longues travées épaisses. Ces amas ne sont pas répartis uniformément dans toute l'étendue de la travée.

Carmin aluné et picro-carmin: On ne distingue aucun élément figuré. On voit très facilement les travées décrites précédemment. De plus celles-ci paraissent légèrement contournées en spirale et fenêtrées par places, elles ne restent pas dans le même plan. Par place, on découvre de véritables lacunes. Les globules blancs s'aperçoivent difficilement et les logettes qui les contiennent sont rondes ou losangiques ou entièrement sphériques. L'examen a porté sur des fines ramifications et sur de grosses membranes. La disposition des travées est moins tourmentée dans ses contours dans les premières que dans les secondes où l'on aperçoit facilement la disposition des logettes.

Cette disposition leur donne l'aspect d'une véritable dentelle. La striation est plus manifeste sur les fines ramifications. Les plus fines ramifications montrent la disposition en massue, celle-ci est entièrement de forme olivaire, et dans son intérieur on trouve des pinceaux de stries blanchâtres, réfringentes et dans lesquelles on découvre encore des leucocytes, mais en petite quantité. Acide osmique: pas trace d'éléments gras. Alun, acide acétique: Les dispositions précédentes s'exagèrent et se voient plus facilement.

Examen fait sur coupes transversales. — Hématoxyline, picro-carmin. Par ces colorations, on distingue différentes couches concentriques augmentant d'épaisseur à mesure qu'on se rapproche du centre. Mais les différentes couches concentriques ne sont pas régulières. Elles ne forment pas des cercles réguliers. Il semble qu'elles aient subi une pression énergétique de la part des nouvelles couches périphériques formées autour d'elles et qu'elles se soient déformées sous l'influence de cette pression. D'où la formation d'arabesques bizarres laissant entre elles des lacunes de dimensions variables, espaces lacunaires triangulaires, circulaires ou en massue. Les travées sont d'épaisseur variable et colorées différemment, les leucocytes sont rangés par gros amas et répartis uniformément en petite quantité au milieu même des travées. Par trace d'élément figuré. Grands intervalles vides.

Coupes portant sur les plus fines ramifications. Même disposition. Les travées sont plus tourmentées, plus épaisses, plus tassées, plus

pressées, peu ou pas de lacunes. L'aspect dentelé des grosses ramifications a disparu ; les espaces lacunaires ne sont plus arrondis, ouverts, globuleux, étalés comme dans les grosses membranes. Il n'y en pas ou presque pas. Les colorations ont été faites sur les membranes avec la méthode d'Erlich, de Gram, de Weiggert ; elles ne nous ont donné aucun résultat positif.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante à trois points de vue.

1° La clinique nous offre un exemple des plus remarquables de cas de broncho-pseudo-membraneuse qui ait droit de prendre place dans la littérature médicale.

2° La chimie nous a révélé une nature spéciale des blocs fibrineux qui n'avait pas été signalée jusqu'ici : La syntonine entre dans la composition des blocs membraneux.

3° L'histologie nous a dénoté une structure dans ces blocs membraneux analogue à celle du caillot des anévrysmes.

En réunissant des cas semblables à cette observation, peut-être pourra-t-on dans la suite arriver à éclaircir la pathogénie de cette affection encore si obscure !

Cirrhose alcoolique graisseuse atrophique du foie. — Varices œsophagiennes énormes, ayant provoqué des hématoméses mortelles, par JULES GLOVER, interne provisoire des hôpitaux.

Henriette Fourmier, âgée de 50 ans, entre dans le service de M. le Dr Gouguenheim, à Lariboisière, salle Aran, n° 14, le 27 avril 1889.

Antécédents héréditaires. — Père, mort subitement à 62 ans. Mère morte à 65 ans, quelques jours après une opération pratiquée pour une tumeur du rectum (?). Une sœur morte à quinze ans de fièvre typhoïde. Une autre sœur et un frère, morts à 3 ans, de convulsions. La malade, non mariée, a eu du même individu quatre enfants, tous morts, entre 5 et 10 mois, de convulsions.

Antécédents personnels. — Convulsions dans le jeune âge ; rougeole suivie d'éruption miliaire à 7 ans ; fièvre typhoïde à 9 ans. Réglée à 11 ans 1/2, les menstrues ont toujours été régulières et normales. Bonne santé habituelle. Du reste, notre malade est une femme de très forte corpulence, bien qu'elle présente aujourd'hui les signes d'une cachexie manifeste. Elle était douée autrefois d'un excellent appétit, et a assez aimé la bière et les liqueurs. Elle n'en aurait pourtant pas fait un usage immodéré.

Le 27 janvier dernier, la malade fut prise spontanément de vomissements de sang abondants, qui se répétèrent à trois reprises différentes. Depuis cette époque, son état de santé s'altère manifestement. L'appétit diminue. La malade, très robuste jadis, comme nous le disons plus haut, maigrit, ses forces chancellent. Les règles paraissent

pour la dernière fois le 17 mars. Enfin, à la fin du même mois, elle cesse tout travail et s'alite. Les jambes sont enflées, le ventre augmenté de volume.

27 avril. *Etat actuel.* — Appétit médiocre, constipation. Ascite, qui paraît due à un épanchement énorme de liquide, vu le développement considérable en largeur de l'abdomen. La circonférence abdominale mesurée en passant par l'ombilic est en effet de 1^m,44. Toutefois la ligne courbe à concavité supérieure, limitant en haut la matité de l'épanchement, passe à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le liquide est donc moins abondant qu'on ne le croirait au premier abord. Peu de météorisme. Les flancs sont très étalés et fortement de chaque côté de l'abdomen une légère saillie arrondie, plus marquée à droite. Ce qui ferait volontiers croire à la présence dans cette région d'une tumeur kystique isolée, dont l'ascite serait symptomatique, si la sensation nette du flot transmis d'une main à l'autre n'existait dans tout l'abdomen. Cette fausse apparence est certainement due à l'épaisseur énorme du pannicule graisseux de notre malade, qui en outre se tient constamment un peu cambrée à gauche. La délimitation du foie et de la rate est très difficile, sinon impossible. La paroi abdominale est très œdématisée. Il n'y a pas de circulation collatérale apparente. Œdème prononcé des membres inférieurs, ainsi que des parties génitales.

Le cœur semble être de dimension normale. Battements réguliers. Souffle systolique ayant son maximum au niveau de la partie la plus interne du deuxième espace intercostal droit. Cette lésion aortique, due vraisemblablement à un léger degré d'athérome, paraît bien supportée par la malade, et rien ne peut faire admettre que l'ascite et l'œdème inférieur, qu'elle présente aujourd'hui, aient été provoqués par sa lésion cardiaque. Jamais en effet la malade n'a eu d'attaques d'asystolie. Pouls dur et petit, régulier.

Rien aux poumons.

Les organes génitaux ne paraissent rien présenter d'anormal. Cependant, le toucher vaginal n'étant pas pratiqué avec fruit par le fait de l'œdème considérable et de l'exulcération de la vulve, de plus l'examen du petit bassin par le palper abdominal étant rendu très difficile par le fait de l'épaisseur de la paroi et le développement du ventre, nous restons incomplètement renseignés sur l'état des organes génitaux internes. Rien du côté des voies urinaires. Médiocre quantité d'albumine dans les urines.

En somme, après cet examen, physiquement très difficile, notre diagnostic demeure hésitant entre une ascite symptomatique d'une cirrhose ou d'un néoplasme du foie, ou une ascite symptomatique d'une tumeur abdominale. Nous avons mis hors de cause dans la production de l'ascite la lésion cardiaque minime que présente la malade.

Traitement : Diète lactée.

30 avril. Dyspnée légère. Tentative de ponction abdominale faite au lieu d'élection. Ponction blanche. La paroi abdominale ne semble pas avoir été traversée par le trocart dirigé par l'opérateur trop obliquement vers le bassin. Le liquide qui s'écoule toute la journée par orifice fait par le trocart paraît fourni par l'œdème de la paroi.

1^{er} mai. Vomissements bilieux assez abondants. Pas de douleur abdominale. Pas de fièvre.

Traitement. Glace à sucer.

Le 2. Même état général. Dans la journée quelques vomissements bilieux. Le soir, température 40°. Pouls fréquent.

Traitement. Sulfate de quinine, 1 gr. en 2 doses.

Le 3. Nuit mauvaise. Agitation. Le matin, affaiblissement considérable. Température 38°,6. A 4 heures, 38°,8. A 5 heures, au moment de la contre-visite, la malade est prise tout à coup et sous nos yeux d'abondants vomissements de sang. Le sang vomi sans effort n'est pas rutilant, mais au contraire noirâtre. La malade se console en disant que ses vomissements sont identiques à ceux qui se produisirent le 27 janvier dernier sans conséquences fâcheuses. Les hématomèses cette fois sont d'une abondance extrême puisque la cuvette est en un instant à moitié remplie (1 litre environ). Piqure d'ergotine au bras. La profonde pâleur de la face, le pouls filiforme ne tardent pas à faire prévoir une syncope qui se produit en effet. Inhalation d'éther. Sinapismes aux jambes.

Dans la nuit, les hématomèses se reproduisent à plusieurs reprises mais moins abondantes que dans la soirée d'hier. Deux nouvelles syncopes à 11 heures du soir et à 2 heures du matin.

Le 4. Décès à 6 heures du matin.

AUTOPSIE : — le 5 mai. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule environ trois litres d'un liquide jaune citron. La paroi abdominale garnie d'un énorme pannicule graisseux est épaisse de 6 à 7 centimètres. Le trocart au moment de la tentative de ponction faite le 30 avril, ne l'a pas en effet totalement traversée. Sur le péritoine péri-hépatique, on constate la présence de filaments vilieux, mais il n'existe pas à proprement parler de péri-hépatite franche. Pas d'adhérence vasculaires entre le foie et le diaphragme ou avec la paroi abdominale.

Foie. — Le foie est assez petit et pèse 1300 grammes. Il est dur, granuleux, mais non déformé. Ses bords sont mousses, mais non segmentés par des bandes fibreuses. Sa coloration est d'un jaune roux. Les granulations sont surtout marquées à la face inférieure de l'organe ou quelques-unes ont le volume d'un pois. Au niveau du fond de la vésicule biliaire, la capsule de Glisson très épaissie présente des traînées fibreuses qui fixent en l'aplatissant le fond de la vésicule sur le foie. Cette vésicule est vide de bile et ne contient qu'un petit calcul mou et de coloration jaunâtre.

A la coupe, le foie est exsangue. Le tissu est dur, mais se laisse cependant déchirer. Les granulations sont moins visibles qu'à la surface de l'organe. La sclérose n'est pas en somme très marquée. L'ongle entraîne assez facilement le tissu hépatique. La coloration de la coupe est franchement jaune et le couteau ramène au raclage quelques globules huileux. La dégénérescence graisseuse paraît macroscopiquement assez prononcée.

Rate. — Très hypertrophiée. Elle pèse 870 gr. Pas de périsplénite, mais la capsule est épaissie et présente une coloration lactescente. A la coupe, le tissu est résistant.

Œsophage. — L'œsophage ouvert par sa face postérieure montrant ses bords latéraux et situées immédiatement sous la muqueuse d'énormes dilatations variqueuses des veines. Ces varices sont hémicoides, presque aussi développées à droite qu'à gauche. Elles soi-

constituées de chaque côté par un groupe de deux veines. Elles n'existent que sur le tiers inférieur du conduit œsophagien et sont surtout développées au voisinage du cardia. Sur le groupe veineux de droite, que nous avons tenté d'injecter, on trouve, en deux points, un amincissement de la muqueuse œsophagienne, au-dessous de laquelle les parois de la veine sont à nu. L'injection tentée file du reste par ces deux points : ce qui nous fit penser que là était la source des hématoméses qui emportèrent notre malade.

Estomac. Il est très dilaté. Au cardia, la muqueuse est rouge et les vaisseaux x turgescents.

Intestins. Sains. La muqueuse de l'intestin grêle est cependant assez vasculaire. Pas d'hémorroïdes.

Cœur. L'oreillette droite renferme un caillot cruorique qui la remplit ainsi que le ventricule droit. A l'origine de l'aorte, au-dessus des valvules sigmoïdes, on constate trois ou quatre plaques d'athérome. Myocarde sain.

Poumons : Rien d'anormal. Pas de pleurésie droite.

Reins : Ils sont décolorés, anémies. A la coupe, pas d'altération visible. Vessie normale.

Organes génitaux. Ils ne présentent rien de particulier.

RÉFLEXION. Nous avons cru devoir présenter de la Société anatomique cette observation, car nous pensons que dans la cirrhose du foie, l'hématémèse due à la rupture des varices œsophagiennes, citée dans les auteurs classiques comme un accident mécanique assez fréquent, devient un accident rare, quand cette hémorrhagie revêt les caractères de gravité qu'elle présente dans notre observation et que hâtant la fin de la maladie, elle détermine une mort subite.

Urétéro-pyérite ancienne, par M. A. PILLIET interne des hôpitaux.

Le nommé Legentil, 74 ans, entre le 11 mai 1889 à l'infirmerie de l'hospice des Incurables, dans le service du Dr A. Gombault.

Ce malade est un ancien charretier d'apparence très vigoureuse ; il entre à l'infirmerie parce qu'il souffre depuis une quinzaine de jours d'essoufflements, avec toux quinteuse et crachats puriformes. Il a la face cyanosée, le regard un peu anxieux, un œdème assez marqué des membres inférieurs, qui remonte jusqu'à la région lombaire en arrière. A l'examen physique on trouve le cœur gros, mais sans bruit. Le pouls est petit et rapide, le souffle net ; la respiration est pénible, surtout à son second temps on trouve de gros râles surtout aux deux bases pulmonaires. Le ventre est légèrement tendu et ballonné ; le foie est difficile à percuter pour cette raison mais il paraît sensible. Il existe une tumeur générale terreuse et presque subictérique.

Les urines sont pâles, un peu louches et rares ; 300 grammes au ; en 24 heures ; on y détermine un précipité abondant d'albumine les réactifs usuels.

Le malade ne peut guère donner de renseignements sur sa maladie ou ses antécédents ; il est assez somnolent.

Les jours qui suivent, le malade va s'aggravant, avec une diminution de plus en plus marquée de la quantité d'urine émise, malgré les diurétiques employés. Il lui arrive même de rester 24 heures sans uriner. Sa température oscille entre 37° et 37,2 sans jamais dépasser cette limite ; la somnolence du malade persiste, il présente quelques divagations. Myosis constant et prononcé des deux pupilles.

La grande quantité d'albumine que contient l'urine porte à la recherche des cylindres dans le dépôt urinaire, mais cette recherche, répétée, reste sans résultats, ce qui indique que les dépouilles rénales sont au moins rares.

Le 20 avril l'œdème des membres inférieurs est très marqué et il existe une thrombose du membre inférieur gauche. Les parties thrombosées, les deux genoux, les deux coudes et la partie postérieure des bras sont le siège d'un œdème lymphangitique rouge vif, dur, douloureux et tendu, ressemblant à des lymphangites multiples de frottement. Le soir il se forme des phlyctènes au tiers inférieur de la jambe gauche.

Le malade délire ; la respiration est toujours embarrassée, mais le murmure respiratoire s'entend aux deux bases. Le malade meurt le lendemain.

A L'AUTOPSIE, on constate d'abord des lésions sur lesquelles nous n'insisterons pas, un double emphysème pulmonaire, avec congestion très marquée des bases ; un foie muscade, petit, non imprégné par la bile, comme le foie cardiaque typique de l'adulte, etc., etc. Le *rein gauche* est réduit à une poche du volume d'un gros œuf de poule, non tendue et à demi remplie d'urine. Cette poche est constituée par les bassinets dilatés, dont on retrouve les vestiges sur sa face interne. Elle se continue en entonnoir avec l'uretère très dilaté. Enlevant ensemble le rein et la vessie, on constate d'abord qu'un stylet passe très facilement de celle-ci dans l'uretère ; le canal n'est donc pas obstrué dans son parcours intra-vésical.

L'*uretère* incisé montre trois dilatations principales en ampoule, pouvant admettre le pouce, surmontant autant de rétrécissements peu serrés ; sa surface est parsemée de petites taches ecchymotiques saillantes. Sur les coupes faites à sa partie inférieure, comme sur celles du bassinet dilaté, on ne voit qu'un feutrage de fibres lisses abondantes et de tissu fibreux sans accumulations embryonnaires. On ne peut trouver de restes du parenchyme rénal dans les coupes au niveau du bassinet. La *vessie* est moyennement dilatée, sa muqueuse est blanche, sans lésions, sans saillies exagérées du réseau musculaire.

L'*uretère droit* est dilaté au dehors de la vessie ; presque autant que le gauche, et cette dilatation s'étend jusqu'au rein. Celui-ci, volumineux, présente un bassinet également très élargi. L'aspect extérieur du *rein* est du reste paradoxal, et contraste avec son volume. La décortication, assez difficile, laisse voir une surface grenue, avec de larges dépressions ou gaufrures, au-dessous desquelles le tissu cortical présente un aspect alvéolaire dû à la dilatation kystique d'un certain nombre des tubes contournés. A la coupe, le bassinet dilaté est entouré de graisse, les pyramides sont décolorées, la substance corticale diminuée d'épaisseur, les artères saillantes ; enfin, on retrouve le

caractères du petit rein atrophique sénile, sur un organe rendu plus gros qu'un rein normal par le travail de compensation qu'il avait à effectuer. Sur les préparations, on constate de même la simultanéité de deux lésions, sclérose intertubulaire avancée dans les pyramides ; atrophie glomérulaire et dilatation d'un certain nombre de tubes avec épaississement marqué des artéριοles dans la substance corticale. L'urèthre, enfin, présente un rétrécissement ancien, avec bride cicatricielle, fort nette au niveau du collet du bulbe, ce qui nous explique les lésions constatées.

EN RÉSUMÉ, ce malade, à une époque indéterminée a fait une double urétérite ascendante à la suite d'un rétrécissement de l'urèthre, qui siège au lieu des rétrécissements blennorrhagiques. L'un des reins a été complètement détruit par la pyélite consécutive et transformé en une simple coque ; l'autre, quoique touché, lui aussi, a subi une hypertrophie compensatrice et toutes les choses paraissent s'être arrangées jusqu'au moment où ce malade, de par son âge, a été atteint par les lésions de la néphrite qui est de règle chez la plupart des vieillards. Mais chez lui les accidents ont dû prendre une allure spéciale, de là cette rapidité dans l'attaque d'urémie, cette rareté des urines, peu chargées de dépouilles, mais riches en albumine, cet œdème rapide et les lymphangites diffuses de la fin ; toutes circonstances qui rendaient très obscur le diagnostic et que l'autopsie explique suffisamment.

A part cet intérêt clinique, la pièce que nous présentons est un exemple assez typique d'urétéro-pyéélite, semblable à ceux que rapporte M. Hallé dans son travail (Urétérites et pyélites, 1887, p. 105) et d'urétéro-pyéélite guérie, spontanément paraît-il, ce qui ne paraît pas très fréquent.

Deux cas de kystes dermo-lymphoïdes du cou, par A.

PILLIET, interne des hôpitaux ; aide préparateur d'histologie à la Faculté de médecine.

Les deux cas dont nous soumettons les pièces et les préparations à la Société anatomique, sont identiques. Ils présentent tous deux un épithélium pavimenteux stratifié, sans vils, sans glandes sébacées ou sudoripares, reposant directement sur un chorion de tissu réticulé lymphoïde. Ce sont donc des kystes intra-ganglionnaires. M. Albarran seul en France a donné la description d'une pièce semblable, mais nous expliquent autrement que par une coïncidence, un hasard

de rencontre, la présence du noyau épithélial au milieu d'un ganglion. Nous voulons au contraire nous guider sur cette connexion pour essayer de fixer le point d'origine de ces tumeurs.

OBSERVATION I. — Le premier cas nous a été adressé par notre excellent ami Conzette, interne du service du Dr Tillaux qui a enlevé les pièces. Nous donnons ici le résumé de l'observation. Il s'agit d'une femme de dix-huit ans, entrée le 10 février 1889. C'est une ancienne strumeuse, assez faible, souvent fatiguée, réglée irrégulièrement. Il y a trois ans, elle vit apparaître à la région latérale droite du cou une petite tumeur qui grossit insensiblement. Elle n'a jamais été douloureuse ni même gênante, la malade désire en être débarrassée simplement parce qu'elle est disgracieuse.

La tumeur est du volume d'un œuf de pigeon. Elle est située au-dessous du maxillaire inférieur, entre le cartilage thyroïde et le bord antérieur du muscle sterno-mastoidien qu'elle soulève. Elle est bien isolée du corps thyroïde et ne suit pas les mouvements de déglutition. Elle est assez mobile et paraît en partie réductible parce que la pression l'engage sous le sterno-mastoidien. La peau qui la recouvre est normale.

Le 23 février, la poche est enlevée par dissection; elle est entourée d'un tissu conjonctif épais qui rend la dissection difficile. Le liquide qui s'échappe de la poche est semblable à du pus bien lié, sans grumeaux caséeux. Les adhérences sont surtout marquées à la partie supérieure et au niveau du prolongement sous-mastoidien.

La poche paraît constituée par une membrane assez mince, fibreuse; à sa partie supérieure se trouve une petite tumeur qui présente l'aspect d'un ganglion dégénéré.

Le 30. La malade quitte l'hôpital, guérie.

Examen histologique. — Les coupes faites sur la partie la plus épaisse de la poche la montrent composée de trois couches. L'interne épithéliale, la moyenne qui constitue un véritable chorion, et l'externe composée d'amas lymphoïdes. L'épithélium est pavimenteux stratifié, à cellules plates à la surface, polygonales dans la profondeur, petites, serrées et presque sphériques dans la couche basale. On ne voit pas de filaments d'union, ni de couche de kératinisation. Cet épithélium n'est donc pas semblable à l'épiderme cutané, mais bien au revêtement d'une dermo-muqueuse, bouche, langue ou pharynx.

Le chorion est intéressant à étudier à plus d'un titre: il ne présente ni poils, ni glandes sébacées, ni glandes sudoripares, mais dans quelques points on y trouve des conduits à cellules cubiques qui sont émanés de l'épithélium et ressemblent à des rudiments de conduits excréteurs salivaires. Il présente un certain nombre de saillies en forme d'élévures ou de bosses lenticulaires, beaucoup plus larges que des papilles ordinaires. Pourtant ces saillies sont assez nombreuses pour qu'on puisse décrire dans ce chorion une couche superficielle, ou plan papillaire, et une couche profonde ou plan dermique.

La couche superficielle au niveau des élévures est bourrée d'éléments lymphoïdes qui viennent au contact de l'épithélium dont la membrane basale est fort mince et disparaît en certains points sou

l'abondance des cellules dermiques. Dans les intervalles de ces saillies on ne trouve plus cet infiltrat abondant de cellules, mais des nappes plus ou moins épaisses, alternant avec les faisceaux conjonctifs du derme et n'arrivant pas au contact de la membrane basale. L'aspect de l'infiltration varie donc suivant les points examinés.

Le derme proprement dit est composé de faisceaux ondulés, mêlés sans aucun ordre apparent ; ce qui le distingue encore du derme cutané. Il est parcouru par de très nombreux vaisseaux, tous entourés, même les lymphatiques, d'une épaisse couche de fibres musculaires lisses. Les artères sont dilatées, flexueuses, remplies de sang ; les gros troncs lymphatiques bourrés de leucocytes. Par places on trouve des ectasies capillaires contenant de grandes quantités de globules rouges, tandis qu'autour d'elles se voit une infiltration de cellules lymphoïdes presque aussi abondante que dans le plan papillaire.

Nous décrirons la couche externe d'un mot en disant qu'elle se compose de follicules lymphoïdes serrés sur plusieurs rangs et présentant tous leur substance centrale et leur substance corticale parfaitement nettes. Ils sont entourés par une couche fibreuse qui servait de coque au kyste. Ils ne sont pas également abondants sur tous les points, et, dans les coupes de la paroi prise aux endroits les moins épais, on ne voit que très peu de follicules, distants les uns des autres et aplatis parallèlement à la coque.

OBSERVATION II. — Kyste sous-maxillaire du côté gauche du cou, enlevé chez un homme de 30 à 35 ans par M. le Dr Peyrot. Cette pièce qui nous a été remise par notre excellent collègue Baumgarten se présente sous la forme d'une poche pouvant contenir une grosse noix. Elle était pleine d'un liquide crémeux. Sa face externe est doublée par places de masses blanchâtres assez volumineuses, sa face interne est parsemée d'une quantité de petites saillies blanches, qui correspondent, disons-le d'avance, à des saillies papillaires infiltrées de cellules lymphoïdes. Les couches sont les mêmes que dans la pièce précédente; l'infiltration du derme y présente la même disposition, mais plus accentuée, car elle forme par place, au niveau des saillies visibles à l'œil nu, de véritables follicules clos. La différence la plus marquée porte sur le chorion, qui est infiltré de cellules lymphoïdes au point de présenter l'aspect d'un véritable tissu de lymphadénome. Les éléments lymphoïdes y sont tellement nombreux qu'ils se substituent aux faisceaux conjonctifs. Ils sont réunis par petits amas, les lymphatiques y sont remplis de cellules, enfin les follicules sont très volumineux, triplés au moins de diamètre ; leur substance corticale est très réduite ou nulle, leur substance médullaire présente à son centre des îlots de cellules très larges, à gros noyaux, à corps protoplasmique plus développé que sur le reste des cellules lymphatiques ; on y voit de plus, par places, quelques globules rouges.

EN RÉSUMÉ, le tissu lymphoïde est en rapport tellement avec le chorion et la nappe épithéliale qu'il y a là plus une simple connexion. Dans les deux cas, il est vrai, il s'agit des masses ganglionnaires assez volumineuses, passant accolées à la paroi kystique. Il en était de même

dans le cas d'Albarran (1) qui est interprété comme un épithélioma kystique pavimenteux développé dans la partie médullaire d'un ganglion; dans un cas de Luke, absolument semblable, et décrit comme kyste athéromateux développé dans un ganglion. Dans cette hypothèse, on n'explique pas comment le débris épithélial qui forme le kyste se rencontre juste au milieu d'un ganglion lymphatique, ni surtout pourquoi le chorion au voisinage direct de l'épithélium est si chargé d'éléments lymphoïdes. S'il y avait coïncidence, ces cas devraient être fort rares. Or il en existe un de Luke (1881), un de Maxe Schede (2) (1872), où il s'agit d'une tumeur latérale gauche, envoyant un prolongement entre le larynx et présentant une cavité kystique à épithélium pavimenteux stratifié. La doublure était d'un tissu conjonctif riche en leucocytes, surtout au voisinage de l'épithélium et du tissu folliculaire vrai. Albarran rapporte quatre cas dus à Des-sauer (1879), l'un était multiloculaire; lui-même en décrit un septième; nous venons d'en rapporter deux.

Il nous paraît logique de rapporter ces kystes à une fente branchiale, et de nous servir de leur particularité même pour fixer leur point de départ. Or à l'état normal, on ne trouve un épithélium pavimenteux stratifié, sans poils ni glandes, doublé d'un chorion de tissu réticulé qu'aux amygdales, à la base de la langue et au pharynx. C'est donc là qu'il faut chercher l'origine de ces kystes, ou du moins dans les arcs qui servent à former ces parties. L'observation vient appuyer cette manière de voir, car on retrouve des figures toutes semblables sur les coupes embryologiques relatives au développement des amygdales, comme nous l'avons pu voir sur une série de préparations appartenant à M. Relterer. Pour cet auteur les cellules lymphoïdes en contact avec l'épithélium proviennent de l'épithélium lui-même et sont ainsi des éléments ectodermiques, ce qui explique leurs rapports de contiguïté avec la couche superficielle. Mais nous n'avons pas besoin de cette théorie dans le cas donné; il nous suffit de trouver un tissu qui normalement, chez le fœtus, présente la structure des tumeurs mixtes, dermo-lymphoïdes du cou,

(1) ALBARRAN. Kyste ganglionnaire du cou, in *Archives de physiologie*, 1886, p. 132.

(2) LANNELONGUE et ACHARD. *Traité des kystes congénitaux*, 1886.

que nous venons de décrire pour que nous soyons en droit d'y rattacher ces tumeurs.

En clinique, l'observation citée plus haut de Max Schede présentait un prolongement dirigé vers le pharynx, les autres kystes que nous avons cités sont pour la plupart profonds, adhérents à l'os hyoïde, rien ne contredit donc leur origine profonde.

Séance du 17 mai 1889.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL

Fentes branchiales et fistules congénitales du cou.

M. BROCA. Dans la séance du 26 avril dernier (voy. Bulletin, p. 338), MM. Poirier et Retterer ont présenté une pièce fort intéressante de cartilage branchial bilatéral et symétrique. Mais dans les réflexions qui suivent la description de la pièce il y a quelques assertions que je crois devoir rectifier.

1^o Les recherches de His, Born et Kœlliker tendent bien à faire admettre qu'il y a des sillons branchiaux et non des fentes branchiales : MM. Poirier et Retterer répondent avec toute raison que peu importe pour la théorie branchiale des fistules congénitales : la perforation de la mince lamelle qui oblitère le fond de ces sillons ne nécessite qu'une bien faible intervention mécanique. Aussi ne conteste-t-on pas d'une façon absolue le rôle des fentes branchiales dans la production des fistules, et kystes congénitaux. On se borne à dire que les recherches récentes sur le développement du corps thyroïde et du thymus tendent à démontrer que ces kystes et fistules ne sont pas tous d'origine branchiale. En particulier il semble bien que les kystes congénitaux de la base de la langue, que les kystes sous-hyoïdiens (également à paroi épithéliale ciliée) longtemps confondus avec l'hygroma de la bourse séreuse de Boyer, il semble bien que ces kystes dépendent de l'invagination thyroïdienne médiane d'où persiste, en bas, la pyramide de Lalouette.

2^o MM. Poirier et Retterer paraissent penser que le développement du corps thyroïde est comparable à celui du thymus et ils disent : « On sait que le thymus et le corps thyroïde prennent naissance aux dépens de la dépression (sinus præcervicalis) siégeant au niveau du cou ». C'est vrai pour le thymus, mais personne ne l'a encore dit, à ma connaissance, pour le corps thyroïde. On admet que le dernier organe a pour origine trois invaginations du feuillet épithélial (d'origine encore discutée) qui tapisse le pharynx et la base de la langue ; deux invaginations latérales qui donnent les lobes correspondants ; une médiane, qui s'insinue entre ce qui sera la base et ce qui sera la pointe de la langue, donnant la pyramide de Lalouette comme

je viens de le dire. Sa partie intra-linguale persiste quelquefois, et constitue ce qu'on a appelé canal de Bochdalek.

3^e MM. Poirier et Retterer semblent avoir exagéré la relation pathogénique des appendices cartilagineux et des fistules congénitales, et ils donnent comme « argument péremptoire » en faveur de la théorie branchiale « *la formation constante de pièces squelettiques au sein des arcs branchiaux* ». Or :

a. La formation de pièces squelettiques au sein des arcs branchiaux est absolument exacte pour les arcs cités par ces auteurs ; le 1^{er}, le 2^e, le 3^e. Mais on admet que le 4^e arc n'en fournit aucun.

b. Ce 4^e arc a cependant chez l'embryon, dit Cusset, un squelette formé par une tige cartilagineuse centrale. Mais cette tige normalement disparaît, et c'est précisément sa persistance anormale qui paraît devoir être invoquée pour expliquer le fait tératologique dont M. Poirier nous a entretenus.

c. La coexistence d'un de ces appendices autour d'un orifice fistuleux (fait dont MM. Poirier et Retterer exagèrent peut être la fréquence) est indiscutablement un argument sérieux en faveur de la nature branchiale des fistules de cette catégorie. Mais elle ne démontre en rien que les fistules dépourvues de ce cartilage aient toutes une semblable origine. C'est dans cette dernière catégorie qu'on cherche, depuis quelques années, à établir des distinctions.

4^e L'origine embryonnaire de certains chondromes du cou est une hypothèse séduisante, qui a plusieurs arguments pour elle et il est intéressant de constater les caractères de vitalité des cellules cartilagineuses dans la couche sous-périchondrique de l'appendice décrit par MM. Poirier et Retterer. Mais il importe de faire observer que les appendices cartilagineux que nous montre M. Poirier n'ont probablement pas eu une grande tendance à l'accroissement. D'autre part, si ces appendices sont assez rares au cou ils sont moins exceptionnels à la face, où l'état stationnaire de ces productions a bien souvent été noté.

Kyste dermoïde de l'ovaire, par M. MAUNY, interne des hôpitaux.

Chantreille Camille, âgée de 19 ans, institutrice, entre le 30 avril 1889 à l'hôpital Lariboisière, salle Gosselin, n^o 18, service de M. Périer.

Rien à noter dans les *antécédents héréditaires*.

Aucune *maladie antérieure*. La malade porte un nœvus au niveau de l'arcade sourcilière droite.

Réglée à 12 ans, toujours bien régulièrement jusqu'au mois d'octobre 1888. Flueurs blanches de temps en temps, mais peu abondantes. Depuis le mois d'octobre 1888 jusqu'en mars 1889, troubles de la menstruation ; les règles ont manqué à deux ou trois reprises.

C'est au mois de mars dernier que la malade s'aperçoit pour la première fois que son ventre a augmenté de volume. A la même époque, elle ressent, et cela pendant quinze jours, de vives douleurs dans le flanc droit avec sensation de pesanteur dans le bassin. Vomissements bilieux pendant deux jours avec léger mouvement fébrile.

Depuis, tout est rentré dans l'ordre et le ventre ne s'est pas développé. Dans le courant du mois d'avril, quelques légères douleurs abdominales de temps en temps, mais sans vomissements ni fièvre. Les règles qui ne s'étaient pas montrées depuis deux mois, ont reparu dans les premiers jours de mai, accompagnées de douleurs assez fortes. On n'a jamais pratiqué de ponction exploratrice.

État actuel. — Le ventre est très légèrement globuleux, symétrique, ne présentant pas la moindre bosselure. Aucune inégalité.

Pas de circulation veineuse collatérale ; la paroi abdominale est mobile et glisse facilement sur la tumeur. Fluctuation nette ; mais, en raison de la résistance spéciale éprouvée par la main, il est permis de dire que les parois de la poche sont épaisses. A la percussion, matité remontant à un travers de main au-dessus du pubis. Sonorité dans les flancs et dans la région ombilicale. Le toucher indique une mobilité et l'indépendance absolue de l'utérus. On porte le diagnostic de *kyste de l'ovaire*.

Ovariectomie, le 15 mai. — Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques d'usage, et la malade une fois endormie, on pratiqua l'incision de la paroi abdominale. Le kyste apparaît alors entre les lèvres de la paroi abdominale. C'est une poche à parois lisses, mais assez résistante sous le doigt. La main explore soigneusement la surface de la tumeur, et ne rencontre aucune adhérence marquée. En raison du volume moyen de ce kyste, qui représente à peu près une tête d'adulte, en tenant compte également de la sensation spéciale qu'elle donne, M. Périer songe de suite à un kyste dermoïde. La ponction pratiquée avec le trocart de Koeberlé, donne un liquide chocolat assez épais. Cela fait, on libère le kyste des quelques adhérences qui le reliaient à l'épiploon, et l'on va à la recherche du pédicule qui est à gauche, petit, mais manifestement tordu. Le pédicule est ensuite sectionné entre deux ligatures au catgut. L'hémostase une fois assurée du côté gauche, on explore les environs du côté droit, et l'on trouve un ovaire kystique, du volume d'une mandarine. Cet ovaire est enlevé après ligature et section du pédicule. Toilette du péritoine. Sutures profondes de la paroi aux fils d'argent. Sutures superficielles au crin de Florence. Pas de drainage. Pansement au salol.

Le soir de l'opération et les jours suivants, température normale. Aujourd'hui, sept jours après l'opération, la malade va aussi bien que possible.

Examen macroscopique. — Le premier kyste, le plus volumineux et qui siégeait du côté gauche, se compose en réalité de deux portions distinctes. Une première partie qui représente à elle seule toute la poche renfermant le liquide chocolat retiré par la ponction dans le cours de l'opération. Une seconde partie enfin, du volume d'une noix et qui donne à la coupe l'aspect d'une tumeur hématique ou mieux encore de la pulpe splénique, c'est l'ovaire gauche. Quant aux parois de la grande poche, elles sont épaisses et leur face interne est recouverte de saillies mamelonnées.

La tumeur du côté droit, qui, en raison de son petit volume n'avait pas été reconnue par l'examen, avant l'opération, est de beaucoup plus intéressante que la précédente.

Il s'agit ici d'un kyste dermoïde type présentant le volume d'une mandarine, ce kyste est légèrement irrégulier à sa surface extérieure.

Ses parois sont jaunâtres et épaisses. En ouvrant la poche, on y rencontre une matière grasse, blanchâtre, rappelant la consistance du suif, au milieu de laquelle sont mélangés des poils enchevêtrés.

On voit enfin en un point de la poche une dent enchâtonnée dans la paroi. La couronne de cette dent présente quatre cannelures, comme cela s'observe chez certains ruminants. Par une coupe horizontale, elle donnerait l'aspect d'une croix.

La dent est reliée à la poche kystique par une sorte de gaine qui l'enveloppe aux trois quarts et, qui peut être comparée en tous points à une véritable gencive.

Péritonite tuberculeuse aiguë, par M. E. TISON.

Le 20 mars 1889, B. A., se présente à l'hôpital Saint-Joseph, envoyée par un médecin de province qui avait reconnu, paraît-il, la nécessité d'une opération sur l'abdomen. C'est une institutrice, âgée de 23 ans. Elle est d'abord examinée par M. Le Bec qui ne reconnaît rien de chirurgical et pense à un état typhique, à cause de la fièvre qui est assez intense et du ballonnement douloureux du ventre, etc. Elle est envoyée dans mon service.

Antécédents. — Son père encore vivant est âgé de 57 ans et bien portant. Sa mère est morte à l'âge de 33 ans d'une maladie de poitrine qui doit être la tuberculose. Elle a deux sœurs bien portantes mais d'aspect délicat.

B. A., n'a jamais été malade. Elle a été réglée à l'âge de 14 ans et elle est bien réglée depuis cette époque. C'est dans les premiers jours du mois de mars qu'elle a été prise de mal de tête, de malaise, de courbature, d'inappétence et de soif. La nuit elle était agitée, elle ne pouvait dormir.

Le mercredi 13 mars, la malade qui gardait déjà le lit depuis deux jours, avec le même mal de tête accompagné de vertiges et d'éblouissements lorsqu'elle s'asseyait, a eu une petite épistaxis perdant seulement quelques gouttes de sang. Elle a aussi mal à la gorge.

Le 15. La constipation qui régnait depuis le début fit place à une diarrhée de deux ou trois selles liquides par jour, accompagnées de douleurs du ventre qui était ballonné. C'est sans doute vers cette époque que doit être survenue une hémorrhagie utérine assez abondante que son médecin aurait combattue, avec succès, par une potion au perchlorure de fer. Le lendemain, l'hémorrhagie se serait renouvelée et la malade aurait bu d'un trait une nouvelle potion au perchlorure de fer. Sa douleur de ventre a surtout augmenté depuis ce jour. La malade n'a jamais eu de rapports sexuels.

A l'entrée, le 20 mars, elle est abattue, fatiguée. Sa figure respire la souffrance, elle souffre de la tête, a des nausées, mais ne vomit pas. La langue rouge sur les bords est couverte d'un enduit épais, blanc jaunâtre. Le ventre est fortement ballonné, douloureux à la pression, le ballonnement intense empêche la palpation, bien que la douleur ne soit pas assez vive pour être incommodée par le poids des couvertures. A la percussion, l'abdomen rend un son tympanique dans toute son étendue. La malade se plaint beaucoup de sa gorge qui présente les signes objectifs d'une angine tonsillaire (rougeur et gonflement des

amygdales et des régions voisines). On ne trouve rien de particulier à l'auscultation et à la percussion du cœur et de la poitrine. Il n'y a pas de taches rosées lenticulaires et la diarrhée persiste. Température, soir, 39°, 2. Je prescris deux verres d'eau de Sedlitz (25 gr. de sulfate de magnésie), un gargarisme avec 4 gr. de borate de soude et de la tisane d'orge, de chiendent et de feuilles de ronces édulcorée avec du miel, du bouillon et de l'eau rouge.

Le 22. La malade a moins de céphalalgie, mais elle est agitée, sa diarrhée continue et son ventre est toujours ballonné mais sans être douloureux, je prescris 4 grammes d'analgesine en 4 paquets. La température qui était de 38°, 2 le matin remonte le soir à 39°, 9. Cet état dure jusqu'au 29 avec des oscillations de température d'un degré à un degré et demi, 38° le matin, 39° à 39°, 5, le soir. L'agitation, la diarrhée continuent. On redonne 4 gr. d'analgesine le 24; le 25 on donne trois cuillerées à soupe de charbon de Belloc dans le vain espoir de diminuer le ballonnement du ventre. La diarrhée persiste, on redonne deux verres d'eau de Sedlitz, du bouillon, du tilleul, de l'eau rouge, une potion avec 30 gr. de sirop diacode, bien que la malade ne tousse pas. Entre temps l'amygdalite s'était amendée.

Le 28 au soir, T. 39°, 8. Bientôt la malade est prise de vomissements porracés. Le 29, à la visite, je lui trouve le facies hippocratique. Une péritonite aiguë franche a succédé à l'entérite aiguë dont la malade souffrait jusqu'alors. On applique une vessie de glace sur l'abdomen qui est encore plus ballonné. On donne toutes les deux heures une pilule d'un centigramme d'opium, on fait boire du champagne glacé. Cet état aigu dure jusque vers le 4 avril avec des alternatives peu favorables. Ainsi le 31 mars on trouve les battements du cœur fort irréguliers, les uns forts, les autres faibles. Les vomissements porracés continuent, le ventre reste tendu et très douloureux. La malade urine souvent mais peu à la fois.

1^{er} avril. Elle n'a pas dormi, elle souffrait énormément du creux épigastrique qui la brûlait. Cette vive douleur a disparu à la suite d'un vomissement. Le matin elle ressentait des douleurs analogues à celles qui précèdent les règles.

Le traitement reste le même sinon que je permets un peu de lait glacé ou du champagne coupé avec de l'eau de Vals, source Perle n° 3. Le poulx devient plus irrégulier, filiforme.

Enfin, le 4 avril, le facies devient meilleur, le ventre est moins douloureux, la température est tombée graduellement, à 37° le 2 au matin. Le 5 au matin de l'albumine dans les urines. Il y a eu une selle la nuit et on donne un lavement qui en ramène une autre. Le mieux continue, les garde-robes redeviennent diarrhéiques, mais le ventre est moins ballonné et moins douloureux à la pression. Le 8 avril on donne deux verres d'eau de Sedlitz avec de l'eau de Seltz qui provoquent deux garde-robes.

La soif persiste, la malade ne peut supporter le champagne. Le 9 avril l'urine devient alcaline, mais elle est moins chargée d'albumine. Le 10 il y a une recrudescence et le 11, elle vomit le lait caillé, le poulx est plus fort, il bat 120 pulsations cependant elle a dormi un peu, et elle a deux garde-robes jaunes.

Le 12. Le mieux persiste, mais il y a toujours un peu d'albumine dans les urines qui sont redevenues acides.

Le 13. On donne deux verres d'eau de Sedlitz, qui sont vomis ; le lendemain, on donne une demi-cuillerée à soupe d'huile de ricin qui provoque trois garde-robes.

Le 15. Le ventre est plus souple, moins ballonné, il n'y a plus de vomissements. Cet état d'amélioration persiste, avec quelques intermittences de durée variable, jusqu'au 25 avril ; à un moment même, le 19, le lait et de légers potages sont bien supportés. L'amaigrissement est considérable, et la peau se desquame par plaques, comme dans la scarlatine.

Le 23. Les vomissements jaunes reparaissent et les urines sont acides. Traitées par l'acide azotique, elles donnent un nuage épais, vert foncé, et des disques de couleurs variées. A l'ébullition avec le même acide, elles se colorent en noir.

Le 24. On constate à la palpation du ventre, à droite, de la matité à la percussion, tandis qu'à la palpation on trouve un empatement considérable, formant une plaque dure et pâteuse, qui occupe la partie latérale droite de l'abdomen, au-dessous du nombril. Un examen attentif ne permet pas de reconnaître la moindre fluctuation ; on ne constate pas d'ascite. On supprime la glace qui était restée en permanence depuis le 29 mars.

Le 25. La malade souffre davantage, son facies se grippe et paraît plus amaigri. Les urines sont plus colorées depuis quelques jours.

Le 27. Il y a des vomissements abondants, les selles liquides et noirâtres, renferment beaucoup de graisse et de pus, paraît-il. On replace la vessie de glace sur l'abdomen,

Le 28. L'état est le même. Le 29, les urines sont acides et colorées, elles paraissent noires par réflexion, tandis que par transparence elles sont d'un rouge foncé ; dix centigrammes de calomel en dix paquets, un toutes les heures. Dès le 26 la température était remontée à 39°,4. Le 1^{er} mai, la malade continue de s'affaïssir. Elle ne peut rien prendre, vomissant tout ce qu'on lui offre. Potion de Rivière, eau de Vals et opium. Le 2, même état plus alarmant encore. Le 3, la malade est presque mourante, la palpation de l'abdomen détermine un bruit hydro-aérique et la peau des flancs est couverte de pétéchies. Comme bien des fois je m'étais posé la question de l'utilité d'une intervention chirurgicale sans pouvoir la résoudre par l'affirmation, ne trouvant aucune indication, je priai M. Le Bec de revoir la malade. Il fut du même avis.

Le lendemain, 4 mai, la mort arrivait à 4 heures du matin.

AUTOPSIE. Je pratique l'incision médiane de l'abdomen depuis le pubis jusqu'au nombril. Arrivé dans le péritoine je continue l'incision rapidement. Je perfore une anse intestinale qui adhère à la paroi abdominale, il s'écoule une quantité considérable de matière fécale jaune et liquide. L'abdomen ne contenait ni pus ni sérosité. Les anses intestinales étaient distendues et retenues par un exsudat épais d'un à deux millimètres, granuleux à la surface. Cet exsudat membraneux qui se laissait décoller par place, adhérait tellement à la paroi intestinale en d'autres points que celle-ci devenue très friable se déchirait avec la plus grande facilité. L'épiploon formait à droite une masse volumineuse et compacte de trois à quatre centimètres d'épaisseur, étalée comme une galette au devant des anses intestinales. Cette masse longue de 12 à 15 centimètres, est solidement fixée par

des adhérences dans la fosse iliaque droite à la paroi abdominale et aux anses intestinales. C'est cette masse qui formait la tumeur appréciable à la palpation pendant la vie. Nulle part dans l'abdomen on ne trouve d'abcès enkystés. On a constaté que l'hymen était intact.

Quelle est la nature de cette masse épiploïque? Y a-t-il autre chose qu'un exsudat inflammatoire? La coupe ne présente aucun suc. Ce n'est pas du cancer. Un examen rapide fait par M. le professeur Cornil montre un tissu inflammatoire à petites cellules, avec prolifération des vaisseaux et çà et là une cellule géante. Le raclage des coupes contient des cellules à 2, 3 et 4 noyaux. La tuberculose est donc la cause originelle de cette péritonite à marche aiguë. Car M. Castro a constaté que cette masse était farcie de bacilles de Koch.

RÉFLEXIONS. — Cette observation montre que toutes les péritonites ne sont pas susceptibles d'une intervention chirurgicale. Avant de laisser ouvrir l'abdomen d'un malade, le médecin doit bien s'assurer si les symptômes et les signes fournissent une indication opératoire.

Pleurésie droite et pneumonie droite consécutive avec rein kystiques et granulations noires fibreuses de la plèvre, par M. E. TISON.

Il s'agit d'un homme de 56 ans; Joseph L., peintre en bâtiment, d'habitude éthylique, entré dans le service à l'hôpital St-Joseph le 30 mars 1889, pour une pleurésie droite avec épanchement occupant toute la cavité pleurale jusque sous la clavicule. Une thoracentèse faite le jour de l'entrée a donné 2700 centimètres cubes de sérosité citrine. Les jours suivants la fièvre sans frisson avait pris le malade.

Le 21 avril, il est pris de pneumonie droite du sommet, pneumonie qui envahit successivement tout ce poumon. Il succombe le 26 à 7 h. du soir.

A l'AUTOPSIE, on trouve une vaste poche purulente avec fausses membranes occupant le tiers inférieur de la moitié droite du thorax. La plèvre très épaissie présente en certains points des taches noires laissant au centre un espace non coloré, saillant sous forme de petites tumeurs. Ce sont de petits fibromes pleuraux. Tout le poumon est en hépatisation rouge au sommet, gris dans le lobe moyen qui est ramolli, par place il présente des cavités.

Le poumon gauche est sain. Le cœur est gros (470 gr.), plaque laiteuse du péricarde viscéral couvrant presque toute la face antérieure du ventricule droit. Rien aux valvules, pas d'adhérences, pas trace d'endocardite. Foie gros, gras (2022 gr.). Rate normale. Rein droit (184 gr.) kystique; rein gauche (252) renfermant plusieurs kystes dont l'un gros comme un œuf, les autres de plus en plus petits. Ces derniers gros comme des pois.

M. CORNIL considère les granulations pleurales comme les fibromes développés sur ecchymoses; on peut admettre aussi que les amas lymphatiques qui constituent sous la

plèvre à l'état normal des petits ganglions, peuvent s'infiltrer de pigment et de scléroses. Andral désignait ces productions sous le nom de granulations fibreuses.

Altération de la tête humérale simulant une fracture.

M. POIRIER présente une tête de l'humérus qui par son aplatissement et ses irrégularités simule une vieille fracture du col anatomique mais il est probable que ces déformations sont simplement le résultat d'une arthrite sèche.

Il fait voir aussi un humérus dont la tête regarde directement en arrière. Là encore il semblait évident au premier abord qu'une fracture avait dû être la cause de cette déviation.

Mais la coupe ne montre aucune altération du tissu spongieux.

M. CORNIL admet que dans l'un et l'autre cas, il n'y a pas eu de fracture.

Hyperostose par ulcère variqueux.

M. SESTON, présente le squelette d'une jambe variqueuse de vieillard. Les deux os sont considérablement épaissis, déformés et fusionnés à leur partie inférieure.

ÉLECTION

M. ESTOR (de Montpellier) est nommé membre correspondant.

Séance du 24 mai 1889.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL

Fibrome calcifié de la paroi abdominale, par M. KIRMISSON (1).

Ce volumineux fibrome calcifié de la paroi abdominale antérieure s'était développé en l'espace de deux années environ chez un jeune homme de 18 ans. La tumeur occupait le côté gauche, remplissant presque complètement tout l'espace compris entre les fausses côtes et la crête iliaque. Elle s'avancait jusqu'à la ligne médiane, et la dépassait même de deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

L'énucléation en a été possible, après résection et suture du péritoine. Le malade est aujourd'hui guéri.

(1) Cette pièce est la même que celle qui a été présentée à la Société de chirurgie dans la séance du mercredi 22 mai.

L'examen histologique n'a permis de constater dans cette tumeur que du tissu fibreux et une masse calcaire qui en forme la presque totalité.

Ostéomyélite prolongée. — Réveil des accidents sous l'influence d'une contusion. — Fracture spontanée. — Amputation de cuisse, par M. G. REBOUL, interne des hôpitaux.

M. X..., 33 ans, d'une constitution forte et d'une haute stature, a joui d'une santé excellente jusqu'à 19 ans, ni syphilis, ni tuberculose. Vers cette époque et sans cause apparente, il souffre de la cuisse gauche. M. le professeur Richet appelé, pense à une ostéomyélite du fémur et découvre un abcès profond à la face postérieure de la cuisse, probablement sous-périosté; à la suite de l'évacuation de ce pus, il persiste une fistule pendant plusieurs mois; cette fistule se ferme puis s'ouvre à nouveau de temps en temps, laissant écouler un peu de sérosité purulente et quelques poussières ou fragments osseux.

Malgré cette fistule, M. X..., ne souffrant pas du tout, a une vie très active : il fait des voyages prolongés et fréquents, il chasse des journées entières et n'éprouve, après de fortes fatigues, qu'une sensation douloureuse de lassitude dans la cuisse gauche; un peu de repos fait disparaître cette douleur, qui ne l'empêche pas d'ailleurs de vaquer à ses occupations ordinaires.

En novembre 1888, contusion de la cuisse gauche, quelques jours après, M. X..., souffrant de la cuisse malade, est obligé de garder le repos au lit, la douleur disparaît rapidement sous cette influence.

Vers la fin de décembre; fatigues et marches prolongées, M. X..., est obligé de s'arrêter et de garder le repos au lit : il a des accès de fièvre le soir, la cuisse est douloureuse et tuméfiée.

Cet état persistant, le malade fait appeler M. le Dr L. Labbé, qui le voit au commencement de janvier 1889, et constate un abcès volumineux siégeant au tiers inférieur de la face postérieure de la cuisse gauche. Cet abcès est profond, sous-périosté. L'incision fait découvrir le fémur irrégulier et éburné : quelques fragments osseux sont évacués avec le pus : pulvérisations phéniquées. Huit ou dix jours après, et sans cause apparente, tuméfaction du genou gauche. Une ponction est faite et donne un résultat négatif.

L'incision faite pour l'abcès sous-périostique, devient fistuleuse, les accès de fièvre vespérale se reproduisent, le malade perd un peu l'appétit, il maigrit.

Cet état persistant pendant le mois de février, M. le Dr Labbé se décide à intervenir largement et à aller rechercher les séquestres qui entretiennent cette suppuration prolongée.

L'opération a lieu le 2 mars. Une longue et profonde incision est faite sur la face antérieure de la cuisse : volumineux abcès sous-périostique. Le fémur est irrégulier et éburné par places. Avec lauge et le maillet, M. Labbé fait sauter la paroi antérieure du canal médullaire, que l'on trouve rempli de séquestres, (de 30 à 40). La trépanation est prolongée vers le tiers inférieur du fémur; au moment où l'on retire un long séquestre, on constate une mobilité normale à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de fémur, il

est probable qu'il s'était produit en ce point une fracture spontanée et que les deux fragments étaient maintenus en contact par le séquestre qui les reliait.

M. Labbé, avait l'intention d'explorer de la même façon la face postérieure du fémur, mais l'état d'affaiblissement du malade ne permettait pas de prolonger plus longtemps le sommeil chloroformique. Pansement au salol et au naphthol camphré.

La plaie opératoire de la face antérieure du fémur, bourgeonne activement, la cavité du fémur tend à se combler, la suppuration est peu abondante et sans odeur, mais la plaie fistuleuse de la face postérieure de la cuisse, donne une suppuration abondante, et ne bourgeonne pas. Par moments, des accès de fièvre surviennent, et disparaissent après l'évacuation de petits abcès produisant dans la profondeur de la plaie, et paraissant intra-osseux. Parfois le pus de ces abcès contient de petits fragments osseux.

Cet état continuant, le malade s'affaiblissant et un examen minutieux démontrant des lésions irréparables, l'amputation de cuisse est décidée.

M. Labbé fait le 21 mai, assisté de MM. Michaux et Pasteau, et de MM. Mouis et Reboul, internes, une amputation sous-trochantérienne, les tissus sont infiltrés et lardacés, les muscles sont pâles, 3 ligatures au catgut. Pincées à demeure sur les petites artères. Pansement avec gaze au salol imbibée de naphthol camphré.

Compression ouatée.

Aujourd'hui, 24 mai, le malade est bien. Température normale. Pas de douleurs.

Examen du membre. — Les tissus sont infiltrés et lardacés, surtout au voisinage du fémur. Vers le tiers inférieur, à la face postérieure, il y a un abcès des parties molles communiquant avec un abcès intra-osseux.

Autour du genou les tissus sont infiltrés, mais pas d'abcès.

Rien à la jambe et au pied, le tibia et le péroné paraissent sains. Rien à l'articulation tibio-tarsienne. L'articulation du genou contient une petite quantité de liquide séro-sanguinolent. Les cartilages semi-lunaires et les cartilages du plateau du tibia ont un aspect normal.

Le cartilage articulaire de la rotule présente, à sa partie inférieure et externe, une injection vasculaire très prononcée; à ce niveau on voit de petites pertes de substances comme à l'emporte-pièce. Dans les parties où le cartilage a disparu, la substance osseuse est à découvert, des aréoles sont larges et rougeâtres.

Les condyles du fémur présentent des altérations; sur les rebords externes et près de l'espace intercondylien, sur les rebords externes, il y a une injection très intense du cartilage; sur les bords de l'échancrure intercondylienne, outre l'injection sanguine, le cartilage présente des érosions superficielles et même des pertes de substance à l'emporte-pièce. Au niveau de ces perforations on voit la substance spongieuse avec ses aréoles dilatées et injectées.

Le fémur, complètement dépouillé des parties molles, apparaît avec des altérations considérables.

A l'union du tiers moyen et du tiers inférieur existe le trait de la fracture qui s'est produite lors de l'opération du 2 mars. Ce trait de la fracture est dirigé obliquement en haut et en arrière. Les 2 frag-

ments chevauchent l'un sur l'autre, le fragment inférieur fait une forte saillie en arrière, tandis que le fragment supérieur, saillant en avant, est reçu dans une cupule située sur la face antérieure du fragment inférieur, cupule limitée en bas et surtout en dedans par un bourrelet osseux, mamelonné et irrégulier, de 1 à 2 cent. de hauteur. Les surfaces par lesquelles les 2 fragments se correspondent, sont hérissées de saillies arrondies et lisses ; les 2 fragments glissent l'un sur l'autre, et n'étaient probablement maintenus que par les tissus lardacés qui entouraient cette espèce de pseudarthrose. En avant de l'extrémité du fragment supérieur se trouve une masse osseuse, très mobile, reliée seulement par du tissu fibreux.

Le tiers inférieur du fémur a conservé sa forme normale, mais il est un peu augmenté de volume. Le périoste est épaissi sur toute sa surface ; sa couche profonde est revêtue d'une lamelle osseuse peu adhérente au corps de l'os ; au-dessous du périoste ossifié, on voit le tissu osseux, injecté, avec des canaux de Havers dilatés et des stries longitudinales superficielles. L'ossification périostée s'arrête en haut au niveau des bourrelets osseux que nous avons signalés et qui limitent la cavité de réception du fragment supérieur. Le fond de cette cavité est formé par du tissu osseux éburné et d'un blanc brillant. Sur une coupe antéro-postérieure de l'extrémité inférieure du fémur et d'un condyle, on voit que le canal médullaire irrégulier est rempli de moelle rougeâtre et jaunâtre par places, il se prolonge dans les condyles. Les parois du canal médullaire sont épaissies et formées de tissu éburné, surtout au voisinage de la fracture (en ce point, le canal médullaire a à peu près complètement disparu), en se rapprochant des condyles les parois de ce canal sont formées du tissu osseux mou et infiltré de moelle rougeâtre ; près des surfaces cartilagineuses le tissu osseux est plus dense, mais aux extrémités des condyles, surtout dans le voisinage de l'espace intercondylien, le ramollissement osseux est très accusé.

Le corps du fémur constitue le fragment supérieur de la fracture ; il est très déformé et volumineux. A sa partie moyenne, la circonférence est de 18 centimètres et demi, l'os est globuleux, très irrégulier. Sa surface est hérissée de mamelons arrondis ou aigus, de véritables stalactites ; sur la face interne on voit une longue saillie osseuse de 4 à 5 cent. se dirigeant en haut sous forme d'apophyse. Sa face antérieure est creusée à sa partie moyenne d'une gouttière longitudinale produite par l'intervention du 2 mars, son fond et ses parois sont formés de tissu nouveau, très vasculaire ; de cette gouttière partent à la partie supérieure deux canaux osseux allant s'ouvrir l'un à la face postérieure du fémur, l'autre à sa face interne ; à la partie inférieure de la gouttière on voit un orifice semblable s'ouvrant dans le foyer de la fracture.

Sur une coupe antéro-postérieure du corps du fémur, on voit que le canal médullaire a complètement disparu dans les deux tiers supérieurs ; à la partie inférieure il est à peine ébauché et rempli de moelle rougeâtre ; le corps du fémur est formé de tissu osseux éburné, qui se transforme en tissu spongieux, puis aréolaire, à moelle rouge ou jaunâtre, en se rapprochant de la gouttière. Au voisinage de l'extrémité inférieure se trouve un petit abcès intra-osseux s'ouvrant par une stule à la face postérieure de l'os.

RÉFLEXIONS. — Cette observation d'ostéomyélite prolongée est intéressante par son mode d'évolution. Ce n'est qu'à dix-neuf ans que notre malade a présenté pour la première fois des phénomènes d'ostéomyélite. C'est une époque tardive pour l'apparition de cette maladie infectieuse, puisque habituellement elle apparaît dans l'enfance ou l'adolescence. La poussée d'ostéomyélite paraissait avoir complètement évolué et la guérison pouvait être considérée comme définitive, puisque M. X... faisait des marches, des voyages, sans éprouver beaucoup de fatigues et en tous cas pas de douleurs. Une simple contusion a suffi pour montrer que l'ostéomyélite, pour ainsi dire endormie, existait encore. C'est là, croyons-nous, un fait que l'on peut rapprocher de ceux qu'a signalés M. le professeur Verneuil, sous le nom de microbisme latent. La contusion que notre malade a reçue à la cuisse gauche, il y a environ six mois, a donc réveillé l'ostéomyélite, des phénomènes aigus ont apparu de nouveau, et l'amputation de cuisse est devenue nécessaire, malgré les tentatives qui ont été faites pour conserver le membre. L'étendue et l'importance des lésions que nous révèle l'examen du fémur et de l'articulation du genou, rendaient une opération palliative insuffisante et l'amputation était le seul moyen, énergique mais efficace, pour parer aux accidents et conserver la vie au malade.

M. KIRMISSON. Le liquide qui occupait l'articulation du genou, y était venu directement par l'os; de même dans les épanchements consécutifs aux fractures le sang ne vient pas par transsudation des tissus mous, mais par le tissu même de l'épiphyse.

M. CORNIL. Le mécanisme de ces arthrites secondaires est analogue à celui de l'envahissement d'une jointure par le sarcome des os; dans ce cas les espaces médullaires de l'épiphyse s'infiltrant d'éléments embryonnaires qui approchent progressivement du cartilage; peu à peu des bourgeons médullaires détruisent la partie profonde du revêtement cartilagineux et il se forme des érosions du cartilage à la surface articulaire, plus tard, les bourgeons font saillie à la base de l'ulcération.

Les érosions du cartilage, qu'elles soient d'origine inflammatoire ou sarcomateuse, sont toujours recouvertes d'une néo-membrane inflammatoire.

Sarcome de la cuisse. — Récidives. — Généralisation pulmonaire, par M. DELAUNAY, interne des hôpitaux.

Le nommé Jean-Baptiste P... âgé de 50 ans est entré à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, salle Broca, n° 5, le 13 mars 1889.

On ne relève rien dans ses *antécédents héréditaires* ni dans ses *antécédents personnels*. Pas de syphilis.

En 1874, il reçoit un coup assez violent à la partie antéro-interne de la région moyenne de la cuisse. Un an après il constate à ce niveau la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, arrondie, indolore, immobile, de consistance dure. Peu à peu son volume augmente et atteint bientôt celui d'une noix.

En 1878 nouveau coup au même endroit ; la tumeur est ouverte et il s'écoule un sang noirâtre. Transporté à l'hôpital Necker on arrête l'hémorrhagie et 2 jours après M. Reclus enlève la tumeur. D'après le malade ce que l'on a enlevé était formé de caillots noirs avec des filaments blanchâtres et avait selon son expression l'apparence de chair à boudin. Huit semaines après il quitte l'hôpital guéri.

Au bout de 5 à 6 mois la tumeur avec les mêmes caractères réapparaît, mais le malade ne s'en inquiète pas autrement et pendant trois ans continue son travail. A ce moment la tumeur était de la grosseur d'un œuf, déterminait de la raideur dans la cuisse et empêchait le malade de se mettre à genou.

Il entre alors à l'hôpital Cochin dans le service de M. Th. Anger où l'on procède à l'ablation de la tumeur. Au bout de 7 semaines récidive et nouvelle ablation.

Le malade reste deux ans dans le service et pendant ce temps quatre fois la tumeur récidive. La récidive se montrait régulièrement dans les 7 ou 8 semaines qui suivaient l'opération.

Après la dernière opération le malade quitte l'hôpital, mais trois jours après sa sortie, six semaines après l'opération, il se produit une hémorrhagie que le malade arrête lui-même. Huit jours après nouvelle hémorrhagie arrêtée de nouveau par le malade. Six jours après troisième hémorrhagie que le malade est impuissant à arrêter et pour laquelle il retourne à Cochin. Deux jours après son entrée on lui fait l'amputation de la cuisse au tiers supérieur et trois semaines après il partait pour Vincennes guéri.

Le 7 mai 1887 il entre aux Incurables. Depuis son entrée à l'hospice, il n'a rien senti. Sa santé est bonne, l'appétit est conservé. Pas d'amaigrissement. Vers le 4 ou le 5 janvier douleurs lancinantes dans le moignon avec irradiation dans les lombes et vers la fin de février augmentation de volume du moignon. Les douleurs n'ont pas cessé depuis le début avec exacerbations nocturnes. C'est à ce moment qu'il entre à l'infirmerie.

Etat actuel. — Le malade est un homme vigoureux, bien musclé. facies est un peu anémié, il dit avoir maigri et perdu l'appétit puis le mois de janvier.

L'examen des poumons est négatif, il en est de même de celui du cœur et de la rate. Au cœur, souffle au 1^{er} temps et à la base. Léger fême du pied et de la jambe droite. Petit molluscum au niveau du i génito-crural gauche. Rien autre chose sur la surface du corps.

Le moignon est volumineux, dur dans sa partie supéro-interne, douloureux à ce niveau. La pression est cependant assez bien supportée. La peau n'est pas adhérente. Les veines de la surface cutanée sont variqueuses et très nettement dessinées. Pas de ganglions inguinaux. L'exploration de la fosse iliaque ne fait également rien découvrir. A l'endroit où s'est produite l'augmentation de volume, l'appareil prothétique n'exerçait aucune pression. L'examen des urines n'y montre ni sucre, ni albumine. Elles sont alcalines.

25 mars. Les douleurs augmentent. On s'assure que la tumeur ne fait pas saillie dans la fosse iliaque et n'est pas adhérente à la branche horizontale du pubis.

1^{er} avril. Le malade maigrit. Insomnie causée par les douleurs.

Le 19. Désarticulation de la hanche.

Le 21. Un peu de fièvre le soir. La plaie opératoire suppure. Lavage au sublimé, nouveau pansement iodoformé.

Le 23. Léger souffle dans le tiers moyen du poumon droit.

Le 29. Le souffle augmente. On pense à la possibilité d'une généralisation pulmonaire. La fièvre n'augmente pas, elle ne dépasse pas 38° le soir. Le pansement est fait tous les jours.

3 mai. La malade s'affaiblit. Amaigrissement. Très peu de pus dans le pansement. Mais la plaie a mauvais aspect, elle est pâle, ne bourgeonne pas.

Le 7. Exploration de la fosse iliaque, pas d'abcès, pas d'albumine dans les urines. Délire.

Le 18. Mort.

AUTOPSIE. — Sur la table d'amphithéâtre le cadavre ne présente rien de particulier. Le sang est diffusé; de couleur brique. La cavité abdominale n'offre rien de spécial. Au niveau de la ligature de l'iliaque externe, petit abcès de la grosseur d'une noix. Le foie et les reins sont gras. Pas de dégénérescence amyloïde. Le *poumon gauche* est légèrement adhérent au sommet. A ce niveau petite caverne de la grosseur d'une noisette. Rien dans le reste du poumon. Dans le *poumon droit*, au tiers moyen on remarque à la périphérie un noyau sarcomateux, assez volumineux, à sa partie externe la *plèvre* est adhérente et à ce niveau la coupe du noyau est dure et le montre lardacé.

Dans l'intérieur du poumon on voit, toujours dans le tiers moyen et dans une région assez bien limitée, un semis de petites granulations de la grosseur d'un pois dont la coupe rappelle assez bien celle du sarcome.

Le cœur est mou et gras. Ses orifices ne sont pas altérés.

Examen histologique. — L'examen histologique fait par M. Pilliet a montré que la tumeur primitive était un sarcome fasciculé. La plus grande partie de sa masse était composée de cellules fusiformes, et de lamelles disposées en tourbillon. Les vaisseaux sanguins sans paroi élastique sont dilatés. Le tissu conjonctif qui cloisonne les tourbillons et qui existe aussi dans les fibrilles minces situées entre les cellules est très peu abondant. Par place on observe à l'œil nu des taches grisâtres parsemées de grains jaunes : elles sont constituées par des parties de tumeur nécrosées sans doute par l'organisation incomplète des vaisseaux, et les grains jaunes sont formés d'amas de pigment sanguin.

Dans le poumon, la masse pleurale principale est trop volumineuse pour qu'on puisse voir son mode de généralisation. Pourtant autour des artères et à la place des lymphatiques on observe constamment une collerette de tissu nouveau.

La tumeur pleurale ne diffère de la tumeur principale qu'en ce que les cellules fusiformes présentent très souvent plusieurs noyaux. Un très grand nombre sont de véritables myéloplaxes.

Dans l'intérieur du poumon, dans le semis de granulations grisâtres signalées à la nécropsie on constate des lésions d'alvéolite fibrineuse, telles qu'on en voit dans la broncho-pneumonie grise. Mais dans un certain nombre des alvéoles ainsi lésés, on retrouve des amas de cellules fusiformes ou de myéloplaxes qui indiquent que cette broncho-pneumonie est consécutive à la généralisation du sarcome au poumon.

RÉFLEXIONS. Cette observation nous paraît intéressante tant au point de vue de l'évolution clinique qu'au point de vue de l'anatomie pathologique. Comme évolution clinique, nous voyons en effet un sarcome débiter il y a 15 ans, récidiver sur place 6 fois et n'amener la mort qu'après un temps relativement considérable. Chaque fois il est vrai, la tumeur était petite, c'est-à-dire beaucoup moins dangereuse que ces gros sarcomes dont la terminaison fatale à brève échéance est si souvent fréquente. Et ce qui semble bien prouver, comme l'ont indiqué MM. Cornil et Ranvier, que dans le pronostic du sarcome le volume de la tumeur est un facteur important, c'est que dans le cas particulier, la cachexie, la généralisation ne se sont montrées que lorsque nous nous sommes trouvés en présence de la tumeur volumineuse du moignon.

Non moins curieuse nous paraît également cette sorte de régularité dans les récidives. Invariablement en effet deux mois après l'ablation de la tumeur la récidive se montrait; et ce n'est qu'après l'amputation que le malade est resté deux ans indemne.

Quant au mode de généralisation au poumon il nous paraît présenter une particularité tout à fait remarquable. On sait en effet que le sarcome du poumon se montre sous forme de masses plus ou moins grosses. Ici nous trouvons bien un gros noyau pleuro-pulmonaire, mais nous voyons en outre, in semis de petites granulations que l'examen microscopique nous montre, il est vrai, constituées par des lésions de broncho-pneumonie. Mais le même examen nous y fait voir également des cellules sarcomateuses, ce qui jusqu'à un

certain point pourrait nous conduire à nous demander si nous ne nous trouvons pas en présence d'un gros noyau en voie d'évolution.

Fibrome de l'urèthre, par M. TEMOIN, interne des hôpitaux.

Cette pièce provient d'une malade opérée dans le service de M. Tillaux à l'Hôtel-Dieu.

Il s'agissait d'une tumeur fibreuse développée au dessous de la muqueuse de l'urèthre, présentant le volume d'un petit œuf de poule, obturant les 3/4 de l'orifice vulvaire et déterminant des phénomènes douloureux et des troubles de la miction.

L'examen histologique a confirmé le diagnostic. Il y a quelques fibres musculaires.

M. THIÉRY. Ces tumeurs peuvent devenir kystiques et simuler des cystocèles vésicales.

CANDIDATURE

M. POIRIER présente au nom de M. JONNESCO et à l'appui de sa candidature au titre de membre adjoint un travail sur l'anatomie topographique du duodénum (1).

Séance du 31 mai.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL

Rupture spontanée du cœur, par M. H. MALLET, interne des hôpitaux.

Le nommé Cart..., Louis, âgé de 79 ans, est entré le 21 mai à l'hôpital Tenon, salle Parrot, lit n° 15, dans le service du Dr Letulle. Le lendemain matin, on trouve à la base du poumon gauche, en arrière un peu de matité et une respiration très faible. Rien au cœur; les artères radiales ne sont ni très dures, ni très flexueuses. Le foie n'est pas augmenté de volume et la région qu'il occupe n'est pas douloureuse. Pas d'albumine dans les urines. Temp. 36°, 8.

27 mai. Le malade a passé une mauvaise nuit; l'oppression est très notable. Depuis quelques heures il n'a cessé de se plaindre et de tousser.

Mêmes signes stéthoscopiques. En outre, râles de bronchite dans l'étendue des deux poumons, plus marqués au sommet gauche. Après la visite, la malade est tout à coup pris d'une sorte d'attaque convul-

(1) Les préparations ont été présentées à la Société.

sive. Son voisin de lit raconte qu'il est devenu pâle, que sa respiration était très gênée et que les bras étaient agités de mouvements comparables à ceux des épileptiques. Il n'a pas poussé de cri et ne semble pas avoir perdu connaissance. Le tout a duré 3 ou 4 minutes.

Le 28. Un peu d'albumine dans les urines. Oppression considérable; le malade se cyanose.

On attribue l'accès de la veille à l'urémie.

Le 29. Même état le matin. A 4 heures du soir, le malade s'était assis dans son lit pour prendre l'urinal. Après qu'il eut uriné on l'a vu se renverser tout à coup en arrière et pâlir. Lorsqu'on s'est approché, on s'aperçut qu'il était mort. La température, prise matin et soir a toujours oscillé entre 36°,6 et 37°,2.

AUTOPSIE. — *Encéphale*, n'a pas été examiné. *Rate* : petite et assez dure. *Foie*. Poids 1280 gr. Rien à noter. *Reins*. Poids de chacun 170 gr. Tous deux sont durs, scléreux, mamelonnés. Capsule très adhérente. A la coupe, traces d'infarctus anciens. Un infarctus récent. Teinte violacée foncée. *Plèvres et poumons*. Environ, un litre de liquide séreux dans chaque plèvre. Pas de fausses membranes. Les poumons n'ont pas de tubercules. Au sommet gauche, sclérose. A la base gauche, infarctus assez étendu.

Péricarde et cœur. — Donnent l'impression d'un cor bovinum. Au niveau de l'oreillette droite, teinte violacée. Mais lorsqu'on incise le péricarde on voit s'écouler un liquide sanguinolent dont la quantité peut être évaluée à un demi-verre environ. Puis on retire des caillots noirs, uniformément répartis à la surface du cœur et dont le poids est de 420 gr. On peut alors constater que le cœur présente une rupture dont nous allons déterminer les caractères.

Le cœur est légèrement hypertrophié et dilaté. La dilatation porte sur les deux ventricules, d'où une apparence un peu globuleuse de l'organe. Malgré cela le cœur n'est pas très affaîssi; il offre même un état de tension marqué surtout au niveau du bord gauche et de la pointe. La surcharge graisseuse est médiocrement accentuée. Le poids de l'organe est de 480 gr. Les dimensions n'ont pas été déterminées d'une manière précise, mais elles ne dépassaient pas de beaucoup l'état normal. A égale distance du bord gauche et du sillon antérieur, au point le plus saillant de la face antérieure du ventricule, on remarque une rupture dont l'extrémité supérieure est un peu moins distante du sillon auriculo-ventriculaire que son extrémité inférieure ne l'est de la pointe. La longueur est de 55 millim. La rupture offre une apparence très irrégulière, analogue à celle d'une plaie contuse. Sa direction est à peu près verticale, parallèle à l'axe du cœur. Le trait n'est pas net, comme celui qui est produit par un instrument tranchant, mais les lèvres sont comme mâchées. Elles s'engrènent du reste assez exactement et ne sont séparées sur certains points que par un intervalle de 2 à 4 millim. Dans l'interstice fait hernie un caillot noirâtre.

Autour, dans une zone de un centimètre, il y a un dépôt fibrineux, lâché et très mince, qu'on détache assez aisément par le grattage.

Vers la partie moyenne de la rupture, on pratique une section perpendiculaire à l'axe du cœur. On peut voir alors que la rupture est aussi longue en dedans qu'au dehors, et que l'orifice interne répond exactement à l'orifice externe.

Dans la paroi, le trajet n'est pas rectiligne. Une des lèvres forme une sorte de coin ; l'autre, au contraire, offre une dépression angulaire, de sorte que l'engrènement est complet. On peut comparer cette disposition à ce qui se passe dans les fractures en V du tibia.

Sur cette coupe transversale du cœur, on peut encore noter que la paroi antérieure du ventricule gauche est très amincie. L'amincissement existe jusqu'aux limites supérieure et inférieure de la rupture. La paroi semble formée de trois couches distinctes. La plus interne, qui mesure de 5 à 6 millim., est formée de caillots mammelonnés, gris et rouge vif. L'intermédiaire, épaisse de 3 millim., est jaunâtre, constituée sans doute par de la fibrine et du muscle altéré.

Enfin, l'externe n'a que 2 millim. ; elle est formée de muscle sain, recouvert en certains points d'une très légère couche adipeuse. Le fond du nid que forme la partie supérieure du cœur est tapissé par une couche assez épaisse de caillots adhérents, gris noirâtre, paraissant de formation déjà ancienne.

Le cœur droit présente les caractères suivants : l'oreillette et surtout l'auricule sont très dilatés. L'orifice de la veine coronaire l'est aussi : il admet l'extrémité du petit doigt. Il n'y a pas de lésions d'orifices.

Les mensurations ont donné comme résultats :

Paroi du ventricule gauche : 15 à 17 millim.

Orifice mitral : impossible de le déterminer exactement à cause des mutilations provenant des coupes.

Orifice aortique : 72 millim.

Cloison interventriculaire : 8 millim.

Paroi du ventricule droit : 7 millim. dont 1 de tissu adipeux.

Paroi de l'infundibulum : 6 mill. sans tissu adipeux.

Orifice tricuspide : 142 millim.

Orifice pulmonaire : 93 millim.

Toutes les valvules étaient saines et suffisantes. L'aorte était parsemée de plaques athéromateuses très abondantes mais elle n'avait pas subi de dilatation appréciable. L'orifice de l'artère coronaire droite n'était pas rétréci ; son trajet très peu athéromateux. L'orifice de la coronaire gauche n'est pas rétréci non plus. Mais elle se calcifie presque aussitôt et l'athérome s'accroît progressivement. De telle sorte qu'à 3 centim. environ de son origine on trouve le rameau descendant presque complètement oblitéré par un dépôt calcaire qui prédomine sur la demi-circonférence antérieure. L'artère offre la consistance d'un tuyau de pipe ; sa lumière peut encore admettre un crin assez épais. Le rétrécissement siège sur une longueur de 2 centim. environ. Puis l'artère redevient tout à fait perméable dans sa partie terminale.

REMARQUES. — Les ruptures spontanées du cœur ne sont pas absolument fréquentes puisque Odriozola dans une thèse récente n'a pu en rassembler que 176 cas. Encore parmi ces observations beaucoup passent-elles sous silence de nombreux détails. Nous croyons donc pouvoir attirer l'attention sur certains points de notre observation qui confirment d'ailleurs les données classiques.

Au point de vue de l'étiologie nous trouvons ici une aorte athéromateuse et la coronaire gauche presque complètement oblitérée. Le même fait a été observé dans la grande majorité des cas, avec une prédominance marquée pour la coronaire gauche.

Notre malade avait 79 ans. Or sur 115 observations relevées par Odriozola on trouve que la rupture s'est produite 36 fois de 60 à 70 ans et 45 fois de 70 à 80 ans. Quant au sexe, on a remarqué une prédilection peut-être plus apparente que réelle pour le sexe féminin.

Au point de vue de l'anatomie pathologique macroscopique nous avons à noter que :

La rupture siégeait sur la face antérieure du ventricule gauche et à sa partie moyenne.

C'est ce qui a lieu dans l'immense majorité des cas. Enfin la déchirure était unique; c'est aussi ce qui a lieu le plus ordinairement. Sa direction était verticale; on l'a trouvée telle 16 fois sur 33 cas et 3 fois seulement transversale. Les dimensions (55 millim.) sont tout à fait exceptionnelles. Les plus grandes solutions qu'on ait jamais signalées (Panum, Trier), n'excédaient pas cinq centimètres.

Nous avons suffisamment insisté sur les rapports et les dimensions comparatives qu'offraient entre eux les deux orifices ainsi que sur le trajet de la déchirure. Nous remarquons seulement que les bords de la rupture étaient comme presque toujours déchiquetés, en zigzag, avec une apparence de contusion ou d'écrasement. On trouvait dans le péricarde un épanchement qui dépassait 500 gr. Odriozola a noté la même chose 10 fois sur 37 cas. Dans les 27 autres cas il y avait moins de 500 gr. L'endocarde était sain dans les points que n'avoisinaient pas la rupture.

Les lésions du myocarde ne pourront être étudiées qu'après un durcissement convenable. Elles seront rapportées dans un mémoire encore inédit de MM. Albert Robin et Nicolle sur les ruptures du cœur.

Enfin la présence des infarctus dans le rein et dans le poumon doit être rapprochée de l'ischémie cardiaque qui a déterminé l'altération de certains points du territoire irrigué par la coronaire antérieure.

Il nous reste maintenant à mettre en relief certains points de la symptomatologie présentée par notre malade. Au dé-

but, nous ne rencontrons rien de bien caractéristique. L'oppression pouvait être attribuée à une affection thoracique légère.

En outre on se trouvait en présence d'un vieillard quelque peu artério-scléreux. La première manifestation inquiétante fut cette sorte d'attaque convulsive dont nous avons parlé et qu'on attribua à l'urémie. A sa suite on n'a pas relevé de signes locaux ou généraux qui présentassent quoi que ce soit de particulier. Il est difficile de dire si le malade a souffert au moment de son attaque. Mais nous rappellerons que ce mode de début n'a rien d'anormal. On a signalé un vertige subit (Van Giessen), des étourdissements (Vulpian, Besnier). Enfin il existe une observation de Friedreich où l'on a vu comme dans le cas qui nous occupe, des mouvements convulsifs de la face et des extrémités.

Pour ce qui est de la durée, il semble bien que nous n'ayons affaire ni à la forme syncopale, ni à la forme rapide, mais bien à la forme progressive ou prolongée.

Il est vraisemblable que le début de la rupture remonte à l'accès signalé plus haut. Puis cinquante-trois heures se sont écoulées et ce laps de temps répond à la *phase d'accalmie* sur laquelle insiste M. Albert Robin. Enfin la mort s'est produite subitement, sans cri et sans plainte. Bien que la vaste déchirure du cœur que nous avons décrite fût incompatible avec la vie, on doit faire intervenir dans le mécanisme de la mort la compression exercée par l'hémopéricarde.

En dernier lieu nous rappelons que souvent on n'a rien trouvé qui pût être considéré comme une cause immédiate de la mort. Mais dans plusieurs observations nous avons vu signaler de légers efforts, comme l'acte de se retourner dans son lit ou bien la défécation. C'est précisément ce qui s'est produit dans l'observation que nous venons de rapporter.

M. LETULLE. Cette observation est classique ; la coronaire est presque toujours très rétrécie et plus ou moins oblitérée à une certaine distance de son origine. M. Robin a signalé dans les phénomènes qui précèdent d'assez loin la mort quelques accidents subits ; ici les accidents épileptiformes ont précédé la mort de deux jours.

M. CORNIL. Il est probable que pendant ces premiers

phénomènes, il ne se produit qu'un léger écoulement de quelques gouttes de sang ; car s'il y avait hémorrhagie abondante, la mort serait rapide.

M. LETULLE. Comme la rupture se fait le plus souvent de l'intérieur à l'extérieur, on peut admettre qu'à la rupture profonde, ou de l'endocarde, correspondent les premiers phénomènes, et à la rupture totale, la mort subite.

Cirrhose consécutive à la lithiase biliaire. — Ictère chronique depuis vingt-ans. — Persistance de la coloration des matières. — Oblitération incomplète du canal cholédoque par de gros calculs. — Concrétions dans les voies biliaires intra-hépatiques dilatées, par T. LEGRY, interne des hôpitaux.

La nommée E... C..., âgée de 57 ans, journalière, entre le 9 mai, 1889, dans le service de M. le professeur Cornil, hôpital Laënnec, salle Claude Bernard, lit n° 24.

Rien d'important à signaler dans ses *antécédents héréditaires* : Sa mère est morte de pneumonie à 62 ans, sa sœur est morte hémiplegique, elle a un frère, actuellement âgé de 55 ans, qui est en très bonne santé.

Antécédents personnels. — Pendant son enfance, elle eut plusieurs poussées de conjonctivite, et à 30 ans, la variole.

Elle a eu six enfants. Les grossesses, les accouchements n'ont jamais rien présenté d'anormal : mais cinq de ces enfants seraient morts de convulsions. Il y a vingt ans, à la suite de son sixième accouchement, la malade commença à jaunir et à éprouver quelques douleurs, d'ailleurs peu intenses, au niveau de l'hypocondre droit et de l'épigastre. Ce ne fut qu'au bout de quelques mois que survinrent des phénomènes douloureux plus notables. Toutefois ils ne donnaient jamais lieu à des vomissements, et ils revenaient à des intervalles tout à fait irréguliers, sans aucune relation fixe avec l'ingestion des aliments. Les selles, au dire de la malade, auraient toujours présenté une coloration normale.

Malgré cet ictère chronique, l'état général resta bon longtemps, l'appétit était conservé, la malade pouvait travailler, vaquer à ses affaires. Elle n'accuse aucun excès alcoolique. Ce fut seulement il y a un an que les forces commencèrent à décroître. Il y a six mois, l'œdème des jambes apparaissait, et le ventre se tuméfiait d'une façon progressive.

Lors de son entrée à l'hôpital, la malade est dans l'état suivant. Les ⁴arguments offrent une coloration brun olivâtre ; ses membres inférieurs sont considérablement œdématisés. Le ventre très développé contient une très grande quantité de liquide, ce qui gêne pour l'exploration de la rate et du foie. Mais en déprimant brusquement la paroi abdominale à l'union de l'hypocondre droit et de l'épigastre, on perçoit une surface dure, presque ligneuse qui ne peut être que le foie augmenté de volume. La circulation collatérale est notablement déve-

loppée. L'auscultation du cœur révèle l'existence, un peu en dedans de la pointe, d'un souffle doux, systolique. A l'auscultation du poumon, on ne constate que quelques râles sous-crépitaux et quelques frottements à la base du poumon droit. Les urines fortement teintées ne contiennent ni albumine ni sucre : Mais elles offrent avec l'acide nitrique la réaction caractéristique du pigment biliaire.

La malade est très amaigrie, elle n'a aucun appétit ; elle est dans un véritable état cachectique. La dyspnée est très notable. Il n'y a pas de fièvre : température 37°,2. Diagnostic : Cirrhose consécutive à une lithiase biliaire ancienne.

12 mai. Le liquide ascitique a augmenté. La matité remonte à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La dyspnée est très considérable. On fait une ponction et on retire 9 litres de liquide séreux. Les selles ont été examinées tous les jours précédents et l'on a constaté qu'elles avaient une coloration normale. Après la ponction, il est facile d'explorer le foie qui est dur, non bosselé et dont le bord inférieur dépasse les fausses côtes d'environ cinq centimètres.

Le 15. Il n'y a toujours pas de fièvre. Les urines oscillent entre 1000 et 1500 gr. Les matières restent colorées. Le liquide intra-abdominal s'est reproduit très rapidement. La faiblesse et la cachexie font des progrès visibles.

Le 17. La malade a le soir un violent frisson (39°), suivi de sueurs abondantes.

Le 19. Le frisson ne s'est pas reproduit. La température reste normale (37°,2-37°,4). Mais l'affaiblissement augmente d'une façon rapide, et la malade succombe le 22 mai aux progrès de la cachexie.

AUTOPSIE. — Il n'y a pas de liquide dans les plèvres. Pas d'adhérences pleurales.

Les *poumons* sont congestionnés aux deux bases, principalement à droite. De la surface de coupe il s'échappe un liquide spumeux et verdâtre. Le *cœur*, petit et flasque, a subi un certain degré de dégénérescence graisseuse. Il n'y a pas de lésions d'orifices.

A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'échappe environ six litres d'un liquide séreux, légèrement teinté de bile. Le grand épiploon est adhérent par une bride très résistante à la corne gauche de l'*utérus*. Cet organe est très notablement augmenté de volume. On trouve à sa face interne, après l'avoir incisé, une ecchymose qui occupe toute l'étendue de la muqueuse du corps de l'*utérus*.

La muqueuse de l'*estomac* est le siège d'ecchymoses très nombreuses, les unes rouges, les autres ardoisées. Il n'y a pas de varices apparentes au niveau du cardia, ni de la partie inférieure de l'*œsophage*. Le *duodénum* présente aussi quelques ecchymoses. Le *pancréas* est atrophié : en bien des points, les grains glandulaires ont disparu et sont remplacés par des lobules adipeux. Les *reins*, de volume à peu près normal, se décortiquent facilement : ils sont légèrement gras. On remarque quelques ecchymoses des bassinets.

La *rate* est très hypertrophiée ; il y a de la péricépléite. Les diamètres de l'organe sont : vertical, 20 centim. ; antéro-postérieur, 11 centim. ; transversal, 6 centim.

Le *foie* est augmenté de volume. Le diamètre transversal égale 30 centim. ; son diamètre antéro-postérieur est de 27 centim. pour le lobe gauche, et de 20 centim. pour le lobe droit. Le diamètre ver-

tical mesure 6 centimètres dans la portion la plus épaisse de l'organe.

La surface présente des granulations dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un pois, et dont quelques-unes présentent une résistance, une dureté très notables. Sur la face inférieure du foie, on remarque des canaux biliaires dilatés se traduisant par un relief demi-cylindrique d'un trajet plus ou moins étendu. Sur une coupe de parenchyme, on voit les canaux biliaires dilatés ; quelques-uns d'entre eux contiennent des concrétions qui les oblitèrent complètement.

Au niveau du hile, comme d'ailleurs en différents points de l'abdomen, et du thorax, on trouve des ganglions très hypertrophiés, mais qui ne paraissent pas dégénérés. La vésicule biliaire est diminuée de volume. En explorant extérieurement cette vésicule et les canaux qui lui font suite, on constate la présence de calculs volumineux enchâssés dans le canal cholédoque, à une certaine distance du duodénum. Ces calculs sont pourtant mobiles et peuvent se déplacer dans une certaine mesure. En introduisant une sonde cannelée dans le canal cholédoque, par l'ampoule de Vater, on rencontre à une distance de 5 centimètres environ ces calculs, et la sonde s'insinue facilement entre leur surface et la paroi du canal.

Examen histologique. — Sur les coupes du foie, après durcissement dans l'alcool et coloration avec le picro-carmin, on observe les détails suivants : D'une façon générale, le tissu de sclérose est distribué sous forme d'anneaux enserrant les lobules. Il n'y a pas de tissu conjonctif autour de la veine sus-hépatique. Les cellules ne paraissent pas altérées, mais elles contiennent une grande quantité de bile, et l'on se rend très bien compte de cette imprégnation en examinant des coupes non colorées : les éléments cellulaires du foie offrent dans ces conditions, une teinte verte des plus manifestes. Les vaisseaux intra-lobulaires sont dilatés, et cette dilatation est beaucoup plus marquée dans le voisinage de la veine sus-hépatique qu'à la périphérie du lobule. Dans l'anneau scléreux qui entoure le lobule, on distingue toujours deux zones concentriques bien nettes : une première zone, qui est immédiatement au contact du lobule et qui est constituée par des faisceaux épais, hyalins de fibres de tissu conjonctif, ces faisceaux sont séparés les uns des autres par des cellules plates, atrophiées de tissu conjonctif ; on ne voit pas de vaisseaux dilatés ni bien apparents dans cette zone fibreuse circonférentielle au lobules.

Une seconde zone, excentrique à celle-ci, est composée d'un grand nombre de petites cellules rondes situées au milieu d'un tissu fibrillaire composé de faisceaux grêles. Sur des coupes colorées avec l'hématoxyline ou la safranine, les noyaux apparaissent, dans cette zone embryonnaire, en nombre extrêmement considérable. On remarque en outre, dans cette même zone embryonnaire, un grand nombre de vaisseaux sanguins qui présentent un calibre notable.

Enfin on trouve les vaisseaux biliaires entourés d'anneaux fibreux très épais, concentriquement disposés, et, en certains points, on peut voir deux ou trois canaux biliaires dont les anneaux fibreux viennent directement au contact les uns des autres.

Beaucoup de vaisseaux biliaires sont manifestement dilatés. Sur des coupes portant sur des canaux qui présentaient des dilatations

visibles à l'œil nu, on voit que les parois ne décrivent plus un cercle, mais qu'elles sont irrégulières, bosselées, comme si un effort excéntrique avait fait céder certaines portions plutôt que d'autres. Par places, on constate que ces parois sont imprégnées de bile, et l'on peut remarquer, accolés à elles en quelques points, des blocs biliaires plus ou moins volumineux.

Les bandes scléreuses interlobulaires sont très larges, car dans toutes les préparations, la surface occupée par les lobules est inférieure à celle qui représente la totalité du tissu conjonctif périlobulaire.

RÉFLEXIONS. — Plusieurs particularités méritent d'être signalées dans cette observation. La malade avait une teinte ictérique des plus intenses, la peau était brun olivâtre, et cependant les selles présentaient une coloration normale. Il y avait en apparence contradiction entre ces deux symptômes dont l'un semblait indiquer une rétention biliaire complète, tandis que l'autre attestait la persistance de la perméabilité des voies d'excrétion de la bile. L'autopsie a fourni l'explication de ce fait : le calcul, qui occupait le canal cholédoque, n'oblitérait pas complètement ce conduit, en sorte que la bile pouvait s'écouler dans l'intestin, tout en éprouvant une gêne notable. A cette première cause de rétention s'ajoutait la présence des concrétions intra-hépatiques, qui s'opposaient entièrement à l'excrétion de la bile dans certains départements de l'organe.

Les constatations anatomiques expliquent moins bien au premier abord la grande quantité du liquide ascitique, ainsi que sa reproduction si rapide après la ponction.

En effet, les vaisseaux de calibre notable que nous avons mentionnés dans les bandes scléreuses périlobulaires, peuvent paraître autant de voies qui devraient assurer les conditions normales de la circulation sanguine dans le foie.

Nous rappellerons à ce sujet que la vascularisation du tissu conjonctif n'était pas uniforme. Sans doute les vaisseaux étaient nombreux, volumineux même, dans la zone embryonnaire; mais dans les anneaux fibreux situés immédiatement au contact des lobules, il n'y avait pas de vaisseaux bien apparents, en sorte que le sang passait difficilement de la zone embryonnaire dans le lobule. La dilatation même, dans cette zone, des vaisseaux mal soutenus extérieurement par le tissu jeune qui les entourait, montre bien que, là déjà, il y avait un excès de tension intra-vasculaire.

Nous croyons enfin qu'une autre cause venait encore concourir au même résultat, et qu'il s'adjoignait à cette gêne

circulatoire de la veine porte provenant de l'obstacle intra-hépatique un autre élément : nous voulons parler de l'état de cœur que nous avons décrit comme mou, en état de dégénérescence graisseuse et qui, par l'insuffisance de son fonctionnement devait certainement jouer un rôle dans la production de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs. A l'appui de cette manière de voir, nous indiquons les faits que nous avons notés dans le lobule, à savoir la dilatation des capillaires sanguins surtout marqué au voisinage de la veine sus-hépatique, lésion que l'on observe dans le foie cardiaque.

Transformation fibreuse des ovaires, avec kyste de l'ovaire du côté droit. — Cancer de l'intestin siégeant à l'union du rectum et de l'S iliaque. — Rétrécissement intestinal consécutif, par M. DARIER, chef de laboratoire à l'hôpital St-Louis, et M. BOURGES, interne des hôpitaux.

La nommée D..., journalière, âgée de 55 ans est apportée le 27 avril 1889 à l'hôpital St-Louis à la suite d'une tentative de suicide par submersion. On la place dans le service du professeur Fournier. Son état intellectuel ne permet pas d'obtenir des renseignements sur ses antécédents. Elle est pâle, très amaigrie, d'une faiblesse telle qu'elle peut à peine faire quelques pas sans être soutenue. Elle se plaint de vives douleurs au niveau de l'hypogastre.

A l'examen de la malade on constate dans la fosse iliaque droite une tumeur dure, bosselée, dépassant un peu la ligne médiane du côté gauche. Cette tumeur assez mobile se prolonge dans le petit bassin. La constatation de ces signes physiques, l'état général de la malade font supposer qu'elle a une tumeur maligne de l'ovaire droit. Les jours suivants elle s'affaiblit de plus en plus, se nourrit de moins en moins. A plusieurs reprises elle a des vomissements alimentaires. Jamais elle ne se plaint de constipation. Deux ou trois fois au contraire elle a de la diarrhée. On n'a pas remarqué qu'il y eût du sang dans ses selles.

Le 27 au soir, les jambes s'œdément. La malade se plaint de violentes douleurs abdominales et passe une très mauvaise nuit.

Le 28 au matin, l'œdème a disparu les douleurs ont diminué. On constate un degré considérable de tympanisme abdominal. Cependant l'abdomen n'est pas douloureux à la pression ; il n'y a pas de vomissements ; la malade a de la diarrhée. Le soir la malade s'éteint sans avoir présenté de nouveaux symptômes.

AUTOPSIE, le 30 mai (40 heures après la mort). Sujet très amaigri, pas lésion externe.

Rigidité conservée. Le cadavre perd du sang par l'anus. On constate à ce niveau des hémorroïdes très développées.

Cavité abdominale, distendue par les gaz, au point qu'extérieurement on ne sent aucune tumeur par la palpation.

Après l'incision de la paroi, il s'écoule au dehors un litre environ

de liquide ascitique, jaune citron. Pas de trace de péritonite récente. Adhérence ancienne du grand épiploon au cæcum. Toute la masse intestinale est très distendue par des gaz.

On voit, en travers de l'abdomen, une anse aussi volumineuse qu'un estomac normal, formée par le cæcum dont l'extrémité libre est dans la fosse iliaque gauche, tandis que l'autre extrémité se coude dans la fosse iliaque droite.

Le côlon transverse, très augmenté de volume, forme une anse descendante, qui plonge jusqu'à 2 ou 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et s'appuie sur le cæcum.

L'S iliaque, distendue, est retenue dans la fosse iliaque gauche par une masse, de la grosseur d'un œuf de dinde, formée de noyaux durs qui siègent dans le méso-côlon.

Quand on relève le cæcum, on voit, au-dessous, la masse de l'intestin grêle distendu, et on découvre une masse rose et bosselée, surmontant une cavité remplie de liquide qui, à première vue, paraît être la vessie envahie par des noyaux cancéreux.

Cavité thoracique : Pas d'épanchement, ni d'adhérence dans les plèvres. Tous les organes ont leurs rapports normaux.

Examen des organes des cavités thoracique et abdominale.
Péricarde, sain, contient environ 60 gr. de liquide séreux.

Cœur : un peu de surcharge adipeuse. Le mésocarde est ferme, présente une épaisseur normale.

Pas de lésion des orifices, sauf au niveau de la valvule mitrale. Celle-ci est rétrécie, admet difficilement l'extrémité de deux doigts. Sur la grande valve mitrale dont les piliers sont rétractés on trouve une végétation verruqueuse friable et molle. *Aorte* : sur la face externe de sa première portion quelques petites plaques fibreuses dans le péricarde.

Poumon gauche : Quelques cicatrices au sommet avec quelques rares tubercules fibreux.

Le poumon crépite partout. *Poumon droit*, normal. *Ganglions du hile* des 2 côtés : anthracose.

Cavité bucco-pharyngienne, œsophage, larynx, trachée et bronches : rien à noter.

Rate très petite. *Rein gauche* : peu de graisse dans la capsule.

L'uretère n'est pas dilaté. La capsule surrénale est dure, non déformée, sans nodule néoplasique. Le rein est ferme ; de volume et de coloration normaux. La capsule entraîne une partie notable du parenchyme et laisse à nu une surface légèrement granuleuse. Sur la coupe le tissu est assez coriace et ne peut être pénétré par l'ongle. *Rein droit* : uretère non dilaté. Même état que du côté opposé.

Estomac très petit, normal. *Duodénum* : rien à noter.

Les ganglions du petit épiploon sont tuméfiés, non néoplasiques.

Cavité pelvienne : l'intestin étant enlevé, on reconnaît que la tumeur signalée ci-dessus comme paraissant dépendre de la vessie, n'est autre qu'une tumeur kystique de l'ovaire droit, ayant à peu près le volume et la forme d'un gros œuf d'autruche. Cette tumeur est libre d'adhérences, mobile. Sur sa face inférieure on trouve la trompe très allongée, mesurant 18 cent. de longueur ; le pavillon libre et flottant vient s'appliquer à la partie supérieure de la tumeur, au voi-

sinage de la masse bosselée, blanchâtre signalée ci-dessus. Cette masse paraît être le reste de l'ovaire droit, en transformation fibreuse. On ne trouve à ce niveau aucun noyau néoplasique.

L'*utérus* est repoussé à gauche, il est très petit, parfaitement mobile et la *vessie* en avant de lui ne paraît nullement altérée.

Dans le *ligament large gauche* on trouve la trompe libre et normale et un ovaire du volume d'un rein de nouveau-né, dont la surface présente des sillons et des circonvolutions semblables à celles de l'encéphale d'un animal de petite taille.

Le *rectum* dans l'excavation est parfaitement libre et normal ; il devait être seulement fortement comprimé par la tumeur de l'ovaire droit qui occupait toute l'excavation.

Au niveau du détroit supérieur le *rectum* est soudé à une masse d'origine évidemment ganglionnaire, du volume d'un œuf de dinde, mobile sur les parties osseuses.

L'intestin passe au devant de cette masse, et présente à ce niveau une double courbure en S avec un étranglement des plus manifestes. On peut cependant par la pression faire passer les gaz de la portion de l'intestin qui se trouve au-dessus de l'étranglement dans celle qui est au-dessous.

Les ganglions prélobaires sont tuméfiés, mobiles, durs et ne semblent pas néoplasiques.

Examen des organes du petit bassin enlevés ensemble : La vessie est normale.

Le *vagin* présente une ecchymose sur sa paroi postérieure. *Utérus* normal, col de nullipare. L'*ovaire gauche* a une consistance dure, fibreuse et ne donne aucun suc à la coupe. Il présente un petit kyste de la grosseur d'un pois. *Ovaire droit* : la partie solide de la tumeur offre la même consistance, le même aspect à la coupe que l'ovaire gauche.

Au-dessus du *point rétréci de l'intestin*, on constate que la paroi intestinale est épaissie, œdématisée. Dans le voisinage immédiat du rétrécissement se voit une ulcération irrégulière à bords décollés, dont le fond correspond à la tunique musculaire. Au niveau du rétrécissement lui-même la cavité très anfractueuse, villeuse, laisse à peine passer le tuyau d'une plume d'oie. Abordant le rétrécissement par la partie inférieure, on rencontre un bourrelet de muqueuse froncée, rose, molle au toucher, au milieu duquel le doigt ne peut passer. Au niveau de l'orifice supérieur du rétrécissement se trouve un bourrelet analogue, mais beaucoup moins prononcé et moins régulièrement circulaire. La masse lobulée qui entoure le point rétréci de l'intestin présente sur la coupe tous les caractères du cancer : dureté fibreuse, suc abondant, laiteux ou caséux, au raclage.

A l'incision du trajet rétréci on constate qu'il y a à ce niveau une ulcération continue, anfractueuse, végétante, recouverte d'un enduit crémeux.

A l'incision de la masse kystique de l'ovaire droit, il s'écoule un liquide citrin, épais, filant. On voit alors que le kyste est multiloculaire, composé de cavités nombreuses, du volume d'un grain de chènevis à celui d'une orange, contenant un liquide tantôt franchement séreux, tantôt filant, parfois même brun chocolat.

L'ovaire de consistance fibreuse et manifestement hypertrophié se trouve étalé, comme nous l'avons dit, à la surface de ces kystes.

L'examen *histologique* a démontré que l'épithélium des différentes cavités du kyste multiloculaire est mucoïde dans la plupart et formé de cellules cylindriques à cils vibratiles dans quelques-unes des plus petites.

Le petit kyste signalé dans l'ovaire gauche est tapissé d'un bel épithélium cylindrique à cils vibratiles, dont les cellules ont pour la plupart subi l'infiltration graisseuse.

Sur les coupes de l'ovaire on constate que le tissu est entièrement composé de faisceaux fibreux serrés et denses, au milieu desquels on ne trouve point de fibres musculaires lisses et dont la vascularisation est assez pauvre. Dans cette trame les cellules conjonctives sont peu abondantes ; les fibres élastiques semblent faire défaut. On ne trouve sur aucun point de follicules de de Graaf.

Le raclage de la tumeur de l'intestin fournit un suc qui contient des cellules épithéliales les unes cylindriques, d'autres polymorphes, la plupart en dégénérescence graisseuse. Quant aux coupes elles présentent l'aspect classique du carcinome alvéolaire.

RÉFLEXIONS. — Au point de vue clinique nous ferons remarquer que le diagnostic, en l'absence de renseignements précis, ne pouvait guère être que celui qu'on avait fait étant donné l'état cachectique de la malade, la constatation de la tumeur ovarienne et l'absence de symptômes intestinaux.

Au point de vue anatomo-pathologique il y a simple coïncidence d'une tumeur maligne de l'intestin avec les lésions des ovaires.

Celles-ci consistent en une transformation fibreuse avec hypertrophie, laquelle était évidemment très ancienne, peut-être congénitale, car la malade qui avait été mariée était restée multipare.

Quant aux kystes mucoïdes il est intéressant d'en constater le développement dans des ovaires anormalement conformés. Nous ne pensons pas en effet que la transformation fibreuse de l'ovaire droit puisse être consécutive à la transformation kystique.

M. CORNIL. — L'hypertrophie de l'ovaire gauche porte surtout sur la substance corticale. L'ovaire présenté dernièrement par M. P. Besançon avait un aspect identique, qui rappelle tout à fait celui du cerveau du singe ; il contenait très peu d'ovules ; on en trouvait un sur cinq ou six larges coupes, on y voyait des sortes de bourgeonnements avec des vaisseaux qui se recouvraient de tissu fibreux. Il y a donc à la fois transformation fibreuse et hypertrophie, ce qui est très rare à cet âge avancé où l'atrophie est la règle.

Tumeur des méninges enlevée par la trépanation.

M. CORNIL. Les coupes que j'ai l'honneur de présenter ont été faites sur une tumeur récidivée du cerveau enlevée par M. Péan. Dans une première trépanation faite il y a trois mois environ, M. Péan avait enlevé une tumeur dont les coupes colorées au picrocarmin avaient l'aspect d'un tissu adipeux avec atrophie des cellules, (car on ne voyait aucun noyau) et conservation de la trame conjonctive.

Je pensai alors à une tumeur graisseuse en mortification; mais il faut dire que nous n'avons pas eu à notre disposition la partie périphérique de la tumeur et j'avoue que je m'étais trompé sur sa nature à ce premier examen. La tumeur a récidivé. M. Péan l'a opérée par fractionnement de façon à retirer toute la masse avec le tissu fibreux qui l'entourait et même un peu de la substance cérébrale voisine. Les fragments que je vous présente sont de deux aspects différents; les uns sont moins friables, ils ont l'apparence de ces tumeurs qu'on a désignées sous le nom de cholestéatomes, tumeurs perlées ou sarcomes angiolithiques, les autres sont formés par le tissu densifié de l'enveloppe qui se confond en dehors avec la pie-mère.

En étudiant des coupes des premiers fragments colorés par le bleu de méthylène acidifié par de l'acide phénique, et par la safranine j'ai pu reconnaître que ma première opinion était inexacte.

Vous pouvez voir en effet que le tissu est formé de cellules larges, très plates et mêmes adhérentes les unes aux autres, analogues à des cellules endothéliales, disposées en couches superposées. Les unes se présentent de face, c'est elles qui donnaient dans mes premières préparations l'aspect de cellules adipeuses, les autres de champ, elles simulaient la trame fibrillaire. Entre ces cellules se voient, disséminées, de larges lamelles de cholestérine, des cristaux de carbonate de chaux qui donnent une forte effervescence sous l'acide carbonique, sous l'action de l'acide chlorhydrique.

C'est bien là le tissu des endothéliomes de Robin et Lancereaux tumeurs angiolithiques de Ranvier et moi, psammomes de Virchow, cholestéatomes. Il n'y avait pas de grains calcaires perceptibles au toucher. Je connais trois observations de tumeurs de cette nature, sans grains calcaires; 2 observations de Pouchet de Nantes (thèse de Paris, 1888, faites sous la direction de M. Malherbe) une de Spillmann publiée dans les *Archives de médecine*, toutes trois sous le nom d'endothéliomes. Vous pourrez voir que les cellules n'ont pas exactement toutes le même aspect; les unes ont un noyau visible par le bleu, mais dont les contours et un ou deux nucléoles sont seuls apparents. Ces noyaux ne sont pas vivants, car ils sont aussi plats que la cellule et le picro-carmin ne les colore nullement. Les autres ne sont plus visibles, et les cellules paraissent tout à fait privées de noyau, même quand on les colore au bleu de méthylène. Toutes ces cellules sont mortifiées.

Voici maintenant des coupes portant sur la partie périphérique de la tumeur, sur son enveloppe fibreuse. A la surface, il existe des dépressions profondes qui semblent dues à la destruction spontanée

du tissu. C'est à leur voisinage que l'on trouve d'énormes cellules géantes à nombreux noyaux : celles-ci se forment dans les vaisseaux ; sur les dessins on voit les différents stades de leur formation : le vaisseau est rempli de fibrine fibrillaire homogène, au milieu de laquelle bourgeonnent de gros noyaux ; l'endothélium vasculaire prolifère et donne aussi de grosses cellules à un ou deux noyaux.

En sorte que l'on voit réunis pour constituer le tissu les éléments suivants : cellules géantes très plates et très larges, cellules endothéliales, cellules migratrices çà et là, filaments minces de tissu conjonctif.

En d'autres points, les cellules géantes ont une disposition toute spéciale, elles sont serrées en lames de bulbes d'oignon, comme les cellules des globes épidermiques et, dans le fond des dépressions que j'ai signalées à la surface, elles se disposent en lames perpendiculaires à la surface de la dépression. Ces cellules géantes, minces très volumineuses, possèdent de 5 à 10 ou jusqu'à 50 noyaux.

Pour fixer la nature de cette tumeur j'ai recherché les bacilles de Koch par deux méthodes, et je n'ai rien obtenu.

Il y a donc là une portion endothéliale pure et une paroi kystique. La paroi est bien formée par la pie-mère transformée en membrane sécrétante, mais quelle est l'origine de ces cellules géantes ? Naissent-elles par bourgeonnement de l'endothélium, ou bien est-ce simplement une tumeur endothéliale avec bourgeonnement des cellules dans les vaisseaux ? Cette membrane remplie de cellules géantes et de cellules endothéliales plates est-elle de nature tuberculeuse ou de nature sarcomateuse ? L'absence des bacilles tend à faire éliminer les tubercules. On ne peut pas non plus assimiler ce tissu à celui du sarcome car il n'y a pas de cellules fusiformes en contact les unes avec les autres ni de cellules embryonnaires. Aussi concluons-nous à un endothéliome dont la membrane limitante présente une quantité considérable de grandes cellules angio-plastiques développées aux dépens de l'endothélium vasculaire.

Lésion traumatique de la moelle épinière.

MM. GOMBAULT et WALLICH déposent un mémoire intitulé « Note sur un cas de lésions traumatiques de la moelle épinière » (1). Le malade qui fait le sujet de ce travail a été l'objet de deux communications à la Société anatomique

(1) *Archives générales de médecine*, avril et mai 1889.

(séances du 23 mars 1887, et du 27 juillet 1888). Les conclusions sont les suivantes :

Au point de vue clinique, ce cas est un exemple des accidents tardifs, à évolution lente et progressive, qui peuvent accompagner les traumatismes de la moelle.

Au point de vue anatomique, cette observation est un cas de sclérose systématique de la moelle épinière, conséquence éloignée d'un traumatisme, ayant porté vraisemblablement son action principale sur les racines postérieures, par le mécanisme de l'élongation.

Dans les nerfs périphériques on a pu étudier l'état dit de régénération, coïncidant non pas avec un retour, mais avec un trouble progressif de fonctions, se traduisant par des troubles trophiques. Ce qui permettrait de considérer dans ce cas tout au moins l'état de régénération, comme pathologique, comme une lésion, comme une des phases de la névrite.

Cancer primitif du foie avec mégalosplénie chez un tuberculeux, par MM. E. TISON et DESCOINGS.

V..., 40 ans, argenteur à la pile. *Antécédents héréditaires* nuls. A noter dans ses *antécédents personnels* : alcoolisme ; varices des membres inférieurs et du tronc apparues à l'âge de 21 ans, phlébite de la veine fémorale droite à ce moment, puis, ulcères variqueux aux jambes. En septembre 1888, V... commence à se fatiguer vite dans son travail ; douleurs lombaires très aiguës, s'irradiant vers les membres inférieurs et vers l'abdomen.

Depuis la fin de décembre 1888, il a gardé le lit : diarrhée et quelquefois vomissements. Il a passé quelques jours à l'hôpital Tenon, on l'a photographié à cause de ses varices abdominales et thoraciques.

V... *entre à l'hôpital* St-Joseph, service de M. Tison, le 10 avril 1889. Teint cachectique, légèrement subictérique. Haleine aigre et fétide. Sueurs abondantes. Pas d'œdème des membres inférieurs ; cicatrices d'ulcères variqueux sur les jambes. Les veines des parois abdominale et thoracique sont énormément dilatées et sinueuses, surtout à droite ; il y a de véritables lacs sanguins au-dessus des arcades fémorales ; l'ensemble de ces varices recouvre comme d'un plastron liquide d'une épaisseur moyenne d'un centimètre, la poitrine et l'abdomen dans la direction des veines épigastriques et mammaires internes sur une largeur variable de plusieurs centimètres. Ventre très gros. Pas d'ascite.

Palpation très douloureuse dans la région de l'hypochondre droit et surtout dans les régions épigastrique et ombilicale. Foie dur, marbronné, remplit presque tout l'abdomen. Dimensions : ligne mammaire 25 centim. ; ligne axillaire, 23 centim. ; ligne scapulaire, 18 centim. ; transversalement : toute la largeur de l'abdomen. Rate très augmentée de volume : 13 centim. de hauteur. Ganglions durs, non

douloureux, dans les aines, le creux sus-claviculaire gauche et la région cervicale. Douleur au niveau des vertèbres lombaires; exagérée par la pression sur les apophyses épineuses de ces vertèbres; pas de déformation, aucun symptôme de compression ou d'altération de la moelle. Pas d'abcès par congestion. Toute l'attention est appelée du côté du ventre.

On pouvait penser à une cirrhose biliaire, à une hépatite syphilitique, à un cancer. Les bosselures du foie et l'absence d'ictère firent éliminer la cirrhose biliaire.

L'hépatite syphilitique avait pour elle l'absence d'ictère et l'ascite, le gonflement de la rate, mais le malade niait la syphilis et n'avait jamais eu d'autres accidents; l'hypothèse de cancer donnait seule la raison de tous les symptômes, et surtout du développement exagéré de l'organe et de la cachexie. Restait à expliquer la mégalosplénie: on devait, pour cela, supposer une gêne de la circulation porte et cave, amenant une congestion passive dans le territoire de leurs veines afférentes.

Depuis le mois d'avril, épistaxis quotidiennes, diarrhée continuelle et incontinence des matières fécales, muguet, teint devenant nettement subictérique, affaiblissement progressif; augmentation de volume de la tumeur; il se développe dans les points de la paroi abdominale jusqu'alors intacts, des varicosités capillaires.

16 mai. Abcès de la marge de l'anus, qui s'ouvre spontanément le lendemain.

Les urines, examinées à diverses reprises, n'ont jamais rien présenté d'anormal, si ce n'est une coloration un peu foncée.

Décès le 24 mai 1889.

AUTOPSIE, pratiquée le 25 : *Poumons*. — Pas de liquides dans les cavités pleurales.

Au sommet du poumon gauche, 3 ou 4 dépressions cicatricielles à plis rayonnés; si on incise à leur niveau, on trouve le poumon farci de tubercules gris, entremêlés de petits noyaux calcaires; il y a même un flot, gros comme une noisette, de tubercules blanchâtres non ramollis.

Du côté droit, il y a des adhérences pleurales, en avant; le sommet du poumon ne présente pas de dépressions cicatricielles, mais il est également farci de tubercules gris, entremêlés de nodules crétacés.

Cœur. Complètement lavé et débarrassé de tous ses caillots, il pèse 245 gr.; quelques lignes athéromateuses, au niveau du bord adhérent des valvules sigmoïdes de l'aorte; léger épaissement de la valvule mitrale. Il n'a pas augmenté de volume, et n'a pas de lésion notable.

Foie. Pas de liquide ascitique dans l'abdomen.

Foie énorme, pèse 6 kil. 505 gr. Il est véritablement farci de marbrons cancéreux, beaucoup plus confluent dans le lobe gauche que le lobe droit. La vésicule biliaire, petite, contenant peu de liquide, n'est pas dégénérée.

Au niveau du confluent des veines sus-hépatiques avec la veine cave inférieure, se trouve une énorme masse carcinomateuse, formée par la réunion de plusieurs noyaux juxtaposés; la lumière des veines sus-hépatiques est très diminuée.

Veine cave inférieure. Si on examine la veine cave inférieure

dans le reste de son trajet, on la trouve dilatée ; ses parois sont épaissies ; sur toute sa longueur, elle est en contact avec les ganglions carcinomateux, situés le long de la colonne vertébrale.

La veine iliaque primitive est également dilatée.

Epiploon. — Le grand épiploon est rouge, injecté ; la plupart de ses veines sont fortement variqueuses.

Cordons spermatiques. — Varicocèle, surtout marqué à gauche.

Reins. — Le rein gauche s'énuclée difficilement. Il pèse 214 gr. La surface est irrégulièrement mamelonnée. A la coupe, on ouvre plusieurs kystes urinaires ; il en existe également à la surface. La substance corticale et la substance médullaire sont très distinctes ; mais la section des pyramides présente, suivant la coupe, tantôt une masse de petits orifices visibles à l'œil nu, tantôt une multitude de canaux rayonnants. La veine rénale gauche est très dilatée.

Le rein droit, complètement atrophié, pèse 38 gr. Il est impossible de le décortiquer. A la coupe, la substance corticale est très diminuée ; la base des pyramides, atrophiées, arrive presque à la surface du rein. Il n'y a pas de kystes.

Estomac. — Le péritoine qui recouvre l'estomac sur sa petite courbure, présente une masse de ganglions carcinomateux ; il en est de même de celui qui recouvre le tiers supérieur de sa face antérieure. Les parois de l'estomac ne sont pas dégénérées ; la muqueuse ne présente que des veines toutes variqueuses. La masse cancéreuse de la petite courbure et de la face antérieure fait saillie dans la cavité stomacale en se coiffant de la paroi antérieure. En somme il n'y a pas de cancer de l'estomac.

Mésentère. — Tous les ganglions du mésentère sont cancéreux. Tous les ganglions abdominaux et pelviens le sont également.

Intestin. — Toutes les veines de l'intestin sont variqueuses, mais l'intestin n'est pas cancéreux.

Rate. — La rate pèse 1 k. 179 gr. Elle présente vers son sommet une plaque un peu plus grande qu'une pièce de 5 fr. en argent, irrégulière, épaisse d'un demi-centimètre au centre, s'amincissant vers les bords, d'un jaune blanchâtre, criant sous le couteau. Elle n'est pas cancéreuse.

Région péri-anale. — En ouvrant l'abcès de la marge de l'anus, on pénètre dans une cavité qui contourne le rectum. Les deux creux ischio-rectaux sont pris, et, en suivant les sinuosités de l'abcès, on ne pénètre pas dans l'intestin. *Prostate.* La prostate est normale, légèrement hypertrophiée et un peu dure à la coupe. *Centres nerveux.* Le cerveau et la moelle ne présentent pas d'altération macroscopique. *Testicules,* non examinés. *Yeux,* non examinés.

Système osseux. — Le scalpel entre avec facilité dans le corps des trois dernières vertèbres lombaires, et en fait sortir un liquide crémeux semblable à du pus. Le corps des 3^e et 5^e vertèbres lombaires est en grande partie résorbé et remplacé par une matière caséuse blanchâtre. La face postérieure du corps de la 5^e est si ramollie, si infiltrée, que quelques coups de scalpel la fendent et la détachent ; on pénètre ainsi dans le canal rachidien. La 4^e est moins malade : des masses jaunes diffuses infiltrant le tissu spongieux du corps ; le doigt y enfonce aisément. Disques intervertébraux normaux.

La surface interne de plusieurs côtes présente de petites saillies, aussi bien à droite qu'à gauche, probablement de nature cancéreuse. A l'union de la 7^e côte droite et de son cartilage, on trouve le tissu osseux ramolli, infiltré d'une matière puriforme, le tissu osseux est en grande partie détruit sur une étendue de 2 centimètres.

RÉFLEXIONS. — Il s'agit donc dans cette observation de l'association de la tuberculose et du cancer. Il est probable que le cancer du foie est primitif et que la lésion des corps vertébraux lombaires est tuberculeuse. Ce n'est que dans le cas où l'examen histologique révélerait du cancer que nous compléterions plus tard cette observation. Les obstacles rencontrés à l'autopsie sur le trajet de la veine porte et de la veine cave inférieure peuvent rendre compte de l'hypertrophie énorme de la rate qui accompagne fort rarement le cancer du foie.

Lipome ulcéré de la cuisse.

M. ETTLINGER présente un énorme lipome ulcéré de la cuisse enlevé sur une femme. L'ulcération développée sur la partie culminante, est perforante, et a disséqué les lobes de la tumeur.

M. CORNIL. Généralement ces ulcérations résultent d'un traumatisme ou d'un frottement prolongé, qui a totalement manqué dans ce cas.

Contusion bipolaire oblique du cerveau. — Fracture du crâne. — Double trépanation, par P. THIÉRY, interne des hôpitaux.

M^{me} C..., 49 ans, entre salle Lisfranc, n° 28, le 18 mai, à la visite du matin. Assise sur le bord d'un trottoir, en état d'ébriété vraisemblablement, elle vient d'être renversée par une voiture au moment où on l'amenait dans le service du professeur Verneuil. Outre de nombreuses contusions, elle présente deux plaies contuses assez étendues situées immédiatement en arrière des deux bosses pariétales, l'une à droite avec dénudation de l'os, l'autre à gauche sans dénudation mais avec épanchement sanguin notable ; on ne sent ni fêlure ni fracture, il y a eu écoulement sanguin par le nez, rien du côté du conduit auditif ; pas d'ecchymose pharyngée, l'ecchymose conjonctivale, très discrète, n'est apparue que le lendemain de l'entrée. L'état général est des plus graves, le coma complet, la respiration stertoreuse et nous ne pouvons élucider la question d'état alcoolique aigu ; température, 36°. Pas de paralysie des membres. En présence de l'hypothermie M. Verneuil s'en tient à l'expectation. Antisepsie auriculaire. Tood, opium.

Le 19 et le 20 mai l'état reste le même. Coma. Température de 37° à 36°,4.

Le 21. Légère amélioration, la malade parle et le 24 l'amélioration est telle que la malade peut manger seule et s'asseoir dans son lit. Elle a de l'amnésie des chiffres. La plaie du côté droit est en bonne voie de cicatrisation, à gauche l'os est dénudé. Somme toute le bénéfice de l'expectation semble s'affirmer quand le 25 au soir la malade tombe brusquement dans le coma : le 26, matin, nous la voyons en résolution ; de fortes excitations amènent une réaction des membres sauf du membre supérieur gauche dont la paralysie semble bien nette.

Inconscience sensorielle totale, langue noire et sèche, odeur spéciale de l'haleine ; état très grave. Le soir la température monte à 39° et le lendemain matin on nous apprend qu'elle a eu des convulsions à sept reprises différentes pendant la nuit.

Ce matin, 27 mai, la température est à 40° ; il y a paralysie du bras droit et M. Verneuil discute la question du trépan indiquée par l'encéphalite probable localisée sans doute à droite au centre des mouvements du membre supérieur gauche.

Pas d'anesthésie, couronne de trépan sur le centre du membre supérieur gauche (2 centimètres de diamètre), la dure-mère paraît un peu violacée ; on l'incise et il s'écoule du sang absolument noir. Deuxième couronne au niveau de la plaie gauche. La dure-mère absolument saine est respectée.

Après l'opération la température tombe de 40° à 37°,8 pour remonter à 5 heures du soir à 40°,6. La malade meurt à 6 heures du soir.

AUTOPSIE. — 40 heures après la mort.

Au moment où nous dénudons le crâne pour l'ouvrir à la scie, nous constatons un trait de fracture très net qui part de la couronne de trépan faite à gauche, descend à travers le pariétal, traverse la fosse sphéno-temporale en se bifurquant en deux branches qui se relient après avoir enlevé un copeau du rocher, atteint le trou déchiré antérieur et le trou ovale remonte ensuite le long de la gouttière carverneuse, traverse la selle turcique qu'il divise et, se dirigeant brusquement en avant, sépare en deux les apophyses clinoides antérieures, traverse la gouttière optique, suit la gouttière de l'artère, la lame criblée de l'ethmoïde et aboutit à l'apophyse crista galli où il vient se perdre.

Pas de lésion osseuse à droite.

La calotte crânienne étant enlevée et avant d'inciser la dure-mère nous trouvons un épanchement sanguin très notable siégeant exactement au niveau de la fosse temporale gauche repoussant la dure-mère et déprimant le cerveau qui en garde l'empreinte. Cet épanchement a une épaisseur de 1 millim. 1/2 et un diamètre de 5 millim. Aucune lésion méningée apparente.

La dure-mère incisée, nous trouvons une congestion très notable de toute la pie-mère quoique sans méningite diffuse ; une dépression du lobe sphéno-temporal gauche produite par l'épanchement sous-dural ; une suffusion sanguine subdurale concrétée en caillots dans la région temporo-pariétale droite, située un peu au-dessous et en avant de la couronne de trépan. Enfin, fait qui explique bien l'élévation de température qui est survenue dans les deux derniers jours, nous constatons une atrophie complète de tout le cortex du lobe temporo-sphénoïdal droit

intéressant presque toute l'épaisseur de la paroi externe de la corne ventriculaire.

Nous n'avons constaté aucune collection purulente du cerveau et de ses annexes.

Ce cas nous a paru intéressant :

1° Par l'existence d'une fracture considérable qui a passé inaperçue même après dénudation d'une portion d'os assez étendue et nécessitée par l'application du trépan.

2° Par l'absence de lésion expliquant la monoplégie brachiale gauche et par l'échec naturel du trépan qui paraissait nettement indiqué.

Nous y relevons encore le fait curieux d'une contusion bipolaire oblique du cerveau. M. Verneuil, qui a déjà observé et décrit deux cas analogues pensait (clinique du 31 mai) que l'on pouvait expliquer l'attrition du lobe-sphénoïdal par un traumatisme porté au niveau de la convexité de l'hémisphère droit et transmis verticalement au pôle opposé du cerveau c'est-à-dire au lobe sphénoïdal.

Nous pensons que l'explication est autre et notre maître serait disposé à admettre notre interprétation : pour nous, le choc principal a porté à gauche comme en témoignent la fracture et l'épanchement sanguin susdural avec rupture d'une méningée. Obliquement alors le choc s'est transmis à l'antipode si l'on peut dire, c'est-à-dire à la fosse sphéno-temporale droite et ce qui prouve cette direction oblique c'est que la paroi externe du prolongement ventriculaire a été désorganisée, et non sa paroi inférieure comme cela aurait eu lieu pour une transmission verticale.

Enfin nous insistons encore sur ce point important qui explique à la fois l'application du trépan et son échec, la coïncidence de lésions multiples, diverses et étendues, restées cliniquement à l'état latent pour ainsi dire et qui ne se sont traduites que par un ensemble de symptômes au membre supérieur gauche malgré l'absence de lésion du centre psychomoteur correspondant.

M. BROCA demande à M. Thiéry comment au juste les trépanations ont été pratiquées, et à quelles circonvolutions il croit qu'elles répondaient.

M. THIÉRY répond que la trépanation de droite a été faite à l'aide des lignes indiquées par Lucas-Championnière pour

chercher le centre du membre supérieur gauche, qui semblait paralysé. Mais, pour se trouver dans la plaie accidentelle, la couronne a été appliquée en haut de la ligne rolandique et non en son milieu. La perforation du crâne semble avoir porté au niveau de la partie la plus élevée de la pariétale ascendante. La trépanation de gauche a été faite sans aucune idée de mettre au jour un centre psycho-moteur spécial : elle a été faite au niveau de la plaie qui existait de ce côté. Pour la trépanation de droite, le plan auriculo-bregmatique a été déterminé par le procédé dit de la ficelle.

M. BROCA demande ces renseignements parce que, à simple vue de cette calotte crânienne, il est évident que la trépanation de droite est, et de beaucoup, en arrière et au-dessus du centre du membre supérieur. M. Thiéry vient de nous expliquer pourquoi elle est au-dessus ; mais il ne croit pas qu'elle soit notablement trop en arrière puisqu'il pense avoir vu à travers elle l'extrémité supérieure de la pariétale ascendante. Or, cela n'est possible que s'il s'agit d'un crâne et d'un cerveau anormaux. En effet l'extrémité antérieure de la perforation est à 63 millim. en arrière du bregma, son centre en est à 75 millim. Or, *chez la femme*, l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando est, *en chiffres forts*, à 50 millim. en moyenne en arrière du bregma. En donnant à la pariétale ascendante une largeur de 12 à 15 millim. on voit que c'est à peine si le bord antérieur de la perforation l'affleure. *A priori*, donc, ce n'est pas elle qu'on voyait au fond de la trépanation, mais bien probablement la première pariétale ou la partie supérieure de la deuxième pariétale (pli courbe). Et d'ailleurs, sans mensuration, on voit que la trépanation porte en arrière de la bosse pariétale, laquelle répond, en gros, au lobe pariétal.

M. THIÉRY fait alors voir sur le cerveau non décortiqué, une légère suffusion sanguine indiquant la place de la pie-mère qui a été mise au jour.

M. BROCA, pensant qu'il est souvent difficile de déterminer la topographie précise d'un point sur un cerveau non décortiqué, enlève la pie-mère en cet endroit et fait constater qu'il s'agit indiscutablement de la 1^{re} pariétale au niveau de son

pied. Ce fait est donc absolument conforme aux moyennes classiques, que M. Broca a d'ailleurs vérifiées avec soin l'an dernier à propos d'un article publié dans la *Gazette des hôpitaux* en collaboration avec M. Sébilleau. En somme, il y a eu une erreur dans les mensurations, et c'est la preuve que le procédé dit « de la ficelle » expose à de graves mécomptes : il est extrêmement aléatoire d'apprécier l'angle que fait la ficelle bi-auriculaire avec l'horizontale, que rien ne détermine avec précision. Dans un service de chirurgie, on devrait avoir en vitrine l'équerre flexible bi-auriculaire de Paul Broca ; elle seule permet en effet la détermination rigoureuse des points de repère. Et si pour une trépanation d'urgence, on n'a qu'une ficelle à sa disposition, le mieux semble être de marquer de la manière suivante l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando. On tend la ficelle entre l'épine nasale du frontal et la protubérance occipitale externe : le point cherché est à peu près chez l'homme à 2 cent. 1/2 en arrière du milieu de cette ligne, milieu facile à déterminer en pliant la ficelle en deux. Chez la femme la distance précédente est de 2 cent. environ.

La trépanation de gauche est plus postérieure encore. Mais ici la plaie préalable a été le seul guide.

Il reste de tout cela un fait curieux : aucune lésion de l'écorce droite n'explique la parésie du membre supérieur gauche dont M. Thiéry a parlé.

M. BLOQ, ne croit pas qu'il soit nécessaire pour expliquer l'élévation de température d'invoquer une infection, la lésion cérébrale suffisait à la produire.

JUIN

Séance du 7 juin 1889.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL

**Troisième cas d'adénome de la capsule surrénale, par
M. A. PILLIET.**

L'adénome de la capsule surrénale, sur laquelle la plupart des auteurs sont muets n'est pourtant pas une rareté. L'an dernier nous avons eu l'occasion d'en montrer un à la Société et d'établir le caractère franchement adénomateux de cette lésion. Cette année nous en avons pu montrer un autre, sur une capsule surrénale qui présentait au voisinage de la tumeur des lésions d'évolution nodulaire graisseuse. Nous avons été assez heureux pour voir notre avis confirmé par M. Letulle. Le troisième cas que nous présentons ne s'accompagnait pas de lésions nodulaires ni de dégénérescence cristallo-graisseuse ; mais il présentait un certain nombre de caractères qui nous permettront de compléter nos descriptions précédentes.

C'est une tumeur de la capsule surrénale gauche, trouvée chez une femme âgée et dont les reins étaient altérés. M. Letulle a insisté dans une note à la Société sur cette coexistence des lésions rénales et surrénale que nous retrouvons ici. Cette capsule allongée présentait en son milieu un épaississement assez marqué. Sur une coupe à ce niveau on trouve une masse blanche du volume d'une petite noisette, remplaçant la substance blanche et s'étendant jusqu'à la périphérie de la substance corticale qu'elle semble refouler. Sur les coupes au contraire on voit que le néoplasme s'est développé aux dépens de cette substance corticale.

Sur les coupes colorées à l'hématoxyline éosinée et montées au baume de Canada, on voit que la glande présente ses caractères séniles ordinaires ; la zone des vésicules rondes, de Grandry, situées immédiatement sous la capsule, présente en certains endroits des cellules jeunes, dont les noyaux se teignent activement en violet. Les

tubes allongés sont légèrement infiltrés de graisse à leur périphérie très fortement au contraire à leur partie moyenne : et la portion la plus proche de la substance médullaire contient des masses de cellules fortement pigmentées en jaune brun.

On sait que cette disposition des cellules donne à l'œil nu sur les coupes de la substance corticale trois couches, la superficielle jaune claire, la moyenne jaune d'or, correspondant à l'infiltrat graisseux, la profonde jaune brun ou couleur de tabac à priser, qui est infiltrée par le pigment.

Il n'y a pas dans la capsule que nous examinons d'évolution nodulaire. Les tubes sont séparés par de minces bandes de tissu connectif, comme dans les pyramides d'un rein légèrement scléreux, et toutes les cellules se colorent fort mal. Elles sont petites, à contour peu distinct ; à cytoplasma chargé soit de graisse soit de pigment.

On voit la transformation adénomateuse débiter, par tout au front, en plusieurs endroits à la fois, au niveau de la zone pigmentée. Dans celle-ci, les tubes remplis de cellules à pigment forment de petits amas circonscrits séparés par les prolongements des tubes restés indemnes. C'est dans ces derniers que l'on voit se produire de nouvelles cellules cubiques ou polyédriques, avec un beau noyau, un corps cytoplasmique volumineux, assez clair, teinté de mauve et ne contenant ni graisse ni pigment. Ces cellules sont beaucoup plus volumineuses que les autres, et elles augmentent le diamètre des tubes. Elles paraissent vivre d'une vie nouvelle et contrastent vivement avec les éléments voisins.

Ainsi les noyaux d'adénome au début sont d'abord isolés. Ils confluent bientôt à mesure qu'on se rapproche de la lésion et remplacent complètement la substance médullaire centrale. Ils sont formés de fort beaux tubes remplis de cellules polyédriques tassées, toutes volumineuses et circonscrites par une membrane mince formée de cellules lamellaires dont l'hématoxyline dessine les noyaux allongés. Les vaisseaux paraissent peu abondants et tels que les capillaires du foie. On n'y voit pas de vaisseau défini plus compliqué. Un certain nombre des tubes sont très larges, les cellules au lieu d'y être tassées sont disposées en revêtement sur un seul rang. Elles ont alors une grossière ressemblance, moins la striation qui leur fait défaut, avec les cellules d'un tube contourné du rein. Pourtant le tube adénomateux est plus large.

L'adénome tout entier est ainsi constitué. Les vaisseaux de la portion capsulaire non envahie, les veines surtout, sont remplis de sang au milieu duquel on voit de très volumineuses cellules nucléées, allongées et irrégulières.

En dehors de la capsule, au milieu des pelotons adipeux entourant une artériole, nous voyons des tubes adénomateux en tout semblables à ceux qui remplissent le centre de la glande. Nous ne comprenons pas par quel mécanisme ils se trouvent en ce point. Il existe de plus en certains points de petites accumulations de cellules rondes, telles qu'on les retrouve dans les capsules surrénales de vieillards.

Les artères examinées avec soin sur les coupes ne nous ont présenté aucune altération bien nette, quoique la malade fut âgée et artério-scléreuse. On ne peut donc invoquer l'artérite locale pour expliquer la dystrophie en ce cas. D'ailleurs, il est une autre glande

vasculaire sanguine où l'adénome est d'une extrême fréquence, le corps thyroïde ; et nous ne croyons pas qu'on ait signalé dans le goitre, si fréquent chez les jeunes sujets, des lésions artérielles primitives.

Nous avons dit que l'adénome quoique développé aux dépens de l'écorce surrénale paraissait en occuper le centre. Peut-être sont-ce des adénomes qu'a décrits Virchow (1) sous le nom d'hyperplasie partielle de la substance médullaire des capsules surrénales. Il dit que ces hyperplasies forment quelquefois des tuméfactions avec nodosités de la grandeur d'un pois à celle d'une cerise, qui proviennent de la substance médullaire, et il les rapproche des hyperplasies de la glande pinéale.

On trouve assez souvent à la coupe des capsules surrénales des vieillards de petits points blancs du volume d'une grosse tête d'épingle et plus occupant le centre de l'organe. Ces corpuscules ont été décrits parfois comme des masses caséeuses (Baumel. Capsules surrénales et mélanodermie. Montpellier, 1889). Ce ne sont, d'après ceux que nous avons pu examiner, ni des adénomes, ni des dépôts caséux, mais des masses de fibrine amorphes, consécutives aux hémorragies interstitielles qui paraissent être fréquentes dans les capsules surrénales des gens âgés.

En résumé, on voit que ce cas confirme les descriptions déjà données tant par nous que par M. Letulle. Quant au rôle physiologique de ces lésions, il ne peut même être cherché, croyons-nous. Ce n'est pas que les vieillards chez lesquels on les trouve manquent de troubles cutanés, vitiligo, pigmentation exagérée, peau écailleuse, etc., ni de signes d'asthénie intestinale ; mais il nous paraîtrait fort prématuré de vouloir débrouiller dans ces lésions de sénilité l'influence de la sclérose et de l'adénome des reins succenturiés.

Névrome atypique de l'encéphale, par M. A. PILLIET.

Les tumeurs cérébrales sont presque toujours d'une interprétation difficile, leur histoire encore incomplète ne peut se faire qu'avec un grand nombre de cas. C'est pourquoi nous rapportons à titre de document le fait suivant, qui pourra servir plus tard aux classifications.

(1) VIRCHOW. *Pathologie des tumeurs*, éd. française, 1869, t. II, p. 146.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une petite fille de 21 mois entrée le 2 mars 1889, dans le service du docteur J. Simon à l'hôpital des Enfants-Malades, pour hydrocéphalie. La mère disait avoir déjà perdu deux enfants d'hydrocéphalie. La tête de ce dernier enfant avait commencé à grossir vers six mois. Quand on l'amena, l'affection avait fait de rapides progrès, et l'enfant mourut le 15 mars. L'autopsie montra une dilatation assez considérable des ventricules, avec amincissement correspondant du manteau des hémisphères; tandis qu'au niveau des pédoncules se trouvait une tumeur du volume d'une demi-mandarine, se continuant latéralement avec le tissu nerveux. Cette pièce fut détachée, placée dans l'alcool ordinaire, et l'externe chargé de l'autopsie, M. Malbec, nous l'apporta quelques jours plus tard à examiner.

Examen. — Les coupes larges pratiquées après durcissement dans les différents points de la tumeur ont montré qu'elle était partout constituée de la même façon. Elle se compose de deux substances à peu près également réparties et différentes d'aspect, dont l'une forme un réseau à travées épaisses, l'autre remplissant les vides du réseau.

Parlons d'abord de cette dernière. Sur les coupes comprenant la périphérie de la tumeur et la pie-mère, on voit, du feuillet profond de celle-ci, partir des trousseaux de fibres conjonctives accompagnant des vaisseaux bien développés, ayant l'aspect des capillaires larges de l'écorce cérébrale. Le centre de chacun des vides que nous avons signalés est occupé par un de ces vaisseaux et cette disposition est très nette quand les vaisseaux sont coupés en travers. Autour se voit un tissu réticulé formé de cellules à grands et minces prolongements croisés dans tous les sens; on y voit de plus quelques petites cellules sphériques sans prolongements, occupant les vacuoles laissées entre les fibres. La première substance que nous avons à étudier comprend donc du tissu connectif disposé autour de vaisseaux et du tissu réticulé formé par des cellules rameuses.

La seconde substance, celle qui forme les travées du réseau, présente un aspect homogène et se montre décomposable en grains assez gros très abondants et très serrés. Cette substance ne contient pas de vaisseaux. Les bords sont tapissés par les cellules ramifiées du premier tissu, qui sont abondants à son contour et rappellent la disposition des ostéoblastes sur le bord d'une lamelle osseuse en voie de développement. On retrouve des blocs, de très petits amas de cette substance, en quantité assez considérable, au milieu de la substance réticulée; il semble donc que cette dernière envahit et modifie la substance homogène et grenue.

Mais ce que nous trouvons de plus remarquable dans ces travées, ce sont les éléments cellulaires. En effet elles sont parsemées de grandes cellules rondes ou ovales, possédant un noyau sphérique bien net, un protoplasma qui se colore en jaune orange clair par le picrocarmin, et qui ne se teint pas par l'hématoxyline. Ce dernier réactif leur dessine un contour précis comme celui d'une membrane d'enveloppe; et leur donne ainsi un aspect vésiculeux. Nulle part on ne trouve de prolongements à ces éléments.

Pour trouver le type d'un tissu semblable dans l'économie à l'état normal, il faut regarder les couches périphériques de la substance

grise d'un fœtus de mouton encore très jeune, ou mieux d'un batracien tel que le triton crêté. On retrouve la même substance fondamentale granuleuse, et les gros éléments à aspect vésiculeux, mais ceux-ci sont munis de prolongements que nous n'avons pu mettre en évidence dans notre tumeur. Il faut donc, jusqu'à nouvel ordre, admettre que ces éléments sont des cellules nerveuses qui n'ont pas encore de prolongements, c'est-à-dire qui ressemblent à celles qu'on trouve aux premiers stades du développement.

D'autre part, nous savons que cette névroglie granulée et homogène est parcourue chez l'adulte par un réseau serré de fibres à myéline, mais la pièce avait été fixée par l'alcool, et nous n'avons pu recourir à la méthode d'Exner, par l'acide osmique et l'ammoniaque, qui révèle si bien ces fibres de la substance grise. Nous avons essayé, mais sans résultat, de faire agir l'acide osmique sur les coupes.

Quoi qu'il en soit, on peut dire que cette substance homogène à grosses cellules représente du tissu nerveux embryonnaire ; bien que les cellules ne présentent pas de prolongement distinct. Il reste maintenant à se rendre compte de l'origine de la substance réticulée contenue entre les travées. Or celle-ci est manifestement en rapport avec les vaisseaux ; et nous la considérons comme une modification de la névroglie, due à ces derniers, qui remanient et modifient le système des travées avasculaires. Dans une tumeur un peu différente de la nôtre, mais où les cellules pyramidales bien dessinées précisaient l'origine cérébrale, nous avons vu un tissu réticulé par plaques abondantes au milieu de la masse névroglie d'apparence homogène. Cette pièce a d'ailleurs été décrite par MM. Legrand et Lesage (*Archives de physiologie*, 1889 ; tumeurs des centres nerveux). Pour nous cet aspect en réseau est semblable à celui qu'on trouve dans les quelques anciens foyers de ramollissement, dits kystes cellulux ; et dans l'écorce grise du cerveau des idiots, ou de semblables dégénéralions de la névroglie forment des taches grises abondantes surtout dans l'état chagriné de l'écorce.

EN RÉSUMÉ, notre tumeur serait donc constituée par du tissu de substance grise fœtale, avec des cellules nerveuses sans prolongements apparents, et par du tissu vasculaire envahissant et modifiant ce tissu primitif ; ce serait un névrome embryonnaire en voie de modification, en train d'être pénétré par les vaisseaux, et dans lequel la névroglie passe à l'état réticulé et vasculaire que l'on observe dans les lésions que nous venons de citer.

Pourtant nous n'en faisons pas une tumeur mixte ; et, sans vouloir tenter, ce qui n'est pas de notre compétence, une classification des tumeurs de l'encéphale, nous présenterons quelques observations destinées à préciser la place exacte que cette production morbide peut, selon nous occuper dans l'histoire de ces lésions encore peu connues.

La classification en gliomes et sarcomes, établie par

Virchow (1) sur cette base, que la névroglie est un tissu conjonctif un peu différent, sont encore celles que l'on trouve dans les ouvrages récents, tels que l'Anatomie pathologique des centres nerveux de M. Raymond (2), le mémoire de M. Bard (3). Cette classification distingue, on le sait, le gliome, le glio-sarcome et le sarcome pur, en faisant de ces trois états trois degrés d'une même lésion ; Virchow rejette dans les névromes les tumeurs à éléments adultes différenciés, cellules multipolaires ou tubes nerveux.

Pourtant la névroglie est de même origine que les cellules nerveuses mêmes, et cette démonstration a été faite suffisamment en ces temps derniers ; il faut, de toute nécessité, remanier la classification. MM. Legrand et Lesage ont parfaitement marqué ce nouveau point de vue dans le mémoire que nous avons cité.

On peut donc diviser les tumeurs primitives de l'encéphale en deux classes ; *celles qui proviennent du feuillet moyen*, celles qui *dérivent du feuillet externe*. Les tumeurs du premier groupe peuvent dériver des séreuses ; épithélioma des séreuses de Ch. Robin ; endothéliome de Lancereaux ; psammome de Virchow, etc. Elles peuvent dériver des vaisseaux sanguins ou lymphatiques, angio-sarcomes simples ou mélaniques ; ou du tissu connectif accompagnant les vaisseaux.

Les tumeurs du second groupe pourront être constituées par les éléments dérivés de l'ectoderme, névroglie, cellules araignées, cellules nerveuses ou tubes nerveux, vermis, à un degré quelconque de développement. On peut admettre que ces tumeurs se présentent sous deux types, le type embryonnaire ou fœtal, et le type adulte, comme le veut M. Bard, ou simplement qu'on peut les rencontrer à un stade quelconque. Mais tandis que les tumeurs du feuillet moyen seront pures, celles du feuillet externe, les névromes proprement dits, seront toujours, à un moment donné, pénétrées par les vaisseaux sanguins et lymphatiques, et par les éléments du feuillet moyen ; comme le tissu ectodermique normal des centres nerveux l'est dans le cours du développement normal. En d'autres termes, les névromes ne seront jamais purs, mais

(1) VIRCHOW. Pathologie des tumeurs, éd. franç., 1869, t. II, p. 122.

(2) RAYMOND. Traité d'an. path. du système nerveux. 1886.

(3) L. BARD. Tumeurs du type nerveux. *Arch. Physiologie*, 1885, t. V, p. 385.

toujours accompagnés de vaisseaux qui en remanient la texture.

Pour les formes adultes du névrome, le diagnostic est facile à cause des éléments nerveux nettement différenciés. Il devient beaucoup plus épineux dans les cas semblables au nôtre, et c'est pourquoi nous avons voulu avoir l'avis de la Société sur ces préparations.

Un dernier mot. L'an dernier nous avons eu l'occasion de voir et de publier à la Société de biologie un cas de spina bifida dorsal dû à une tumeur nerveuse du canal de l'épendyme. Le cas actuel fait le pendant du précédent pour l'hydrocéphalie. L'hydrocéphalie due aux tumeurs nerveuses doit être beaucoup plus fréquente que le spina bifida lié à la même cause, car Virchow en fait un symptôme secondaire des tumeurs de l'encéphale et n'en rapporte pas moins de trois cas (*Virchow. Loc. cit.*, t. II, p. 131, 141, 142). Il ressort de ces deux ordres de faits que les tumeurs même bénignes de l'épendyme ou des cavités ventriculaires s'accompagnent assez fréquemment d'épanchement.

Fibrome utérin calcifié, par M. POIRIER, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Cet énorme calcul utérin, recueilli sur le cadavre d'une femme de 70 ans, présente une forme ovoïde régulière ; il mesure 9 cent. dans son grand axe, 7 dans le petit. La surface est légèrement lobulée. A la coupe, la masse calcaire unique est sillonnée par quelques travées fibreuses renfermant des vaisseaux. Ce calcul était retenu à la paroi utérine par un pédicule mesurant 5 millim. de diamètre. Il s'agit là d'un fibrome entièrement calcifié ; cet uterus ne présentait aucun autre fibrome.

Abcès multiples du foie consécutifs à une typhlite ulcéreuse, par M. A. SOUQUES, interne des hôpitaux.

Le nommé Royer, Emile, âgé de 58 ans, terrassier, entre à l'hôpital Broussais, le 20 mai 1889, salle Lasègue, 28, dans le service de M. Chauffard.

Cet homme ne présente aucun antécédent héréditaire digne d'être noté. Quant à ses antécédents personnels il aurait eu des fièvres intermittentes de l'âge de 7 ans à l'âge de 11 ans. Il s'agissait d'accès quotidiens revenant tous les matins vers onze heures et ne durant qu'un mois par année. A onze ans, le malade quitte la Sologne et ne présente jamais plus d'accident paludique. A part ces phénomènes d'intoxication paludéenne, cette homme n'a jamais eu de maladie sérieuse ; il n'a jamais eu d'affections vénériennes, il n'est pas alcoo-

lique. C'est simplement un homme exerçant une profession pénible, ayant toujours beaucoup travaillé, fatigué, surmené, dont les articulations sont à demi ankylosées. Le 17 mai 1889, il est brusquement, sans cause appréciable, pris de douleur abdominale diffuse et d'oppression. Le lendemain, il est obligé de quitter son travail ; il se trouvait las, courbaturé, sans appétit, tourmenté par la soif. A la suite d'une purgation qu'il s'administre, la douleur abdominale, jusquelà diffuse, dit-il, se localise au niveau de l'hypocondre droit. Se trouvant incapable de travailler, le sommeil troublé par des rêveries professionnelles, il se décide à entrer à l'hôpital.

A son entrée, le 21 mai, on constate, les signes suivants : Un point douloureux, au niveau du bouton diaphragmatique, assez vif, exagéré par la pression et par la toux. L'abdomen est souple, indolent, non ballonné. Le malade se plaint de courbature, de malaise généralisé, de céphalalgie. La langue est bonne. Ni nausées, ni vomissements. Diarrhée abondante, bilieuse ; soif assez vive, inappétence. Les urines ne renferment ni albumine ni sucre. Le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal. La température rectale atteint 39° le matin, 39°,2 le soir. Le malade est mis en observation. Régime lacté.

Le 22. L'état général n'est pas sensiblement changé ; température 38°,8 le matin, 40° le soir.

Le 23. La douleur irradie dans toute la région hépatique. La matité du foie est un peu augmentée. Teinte légèrement subictérique. Température 39° matin et soir. Même état général.

Le 24. La matité hépatique est de 13 cent. sur la ligne mamelonnaire. La tuméfaction du foie est uniforme et l'organe déborde partout les fausses côtes.

La douleur est un peu diminuée. A l'auscultation de la région hépatique on perçoit très distinctement des frottements secs de périhépatite. On prescrit une vessie de glace sur la région douloureuse, 0,75 centigr. de quinine, deux lavements froids quotidiens, six ventouses scarifiées sur l'hypocondre et deux grammes de naphthol et de salicylate de bismuth. Urines, 900, foncées. Urée totale, 8 gr. 95. Les jours suivants rien de nouveau à signaler, les selles sont striées de sang.

25 mai. Urine, 800 gr. Urée totale, 6 gr. 725. Température 38°,5 le matin, 39°,8 le soir.

Le 27. Le point douloureux a totalement disparu. La diarrhée devient plus abondante et les selles sont encore sanguinolentes, l'état général s'aggrave ; fuliginosités sur les lèvres, langue sèche, altération des traits, adynamie. Quelques râles sous-crépitaux aux deux bases de la poitrine. Le foie a notablement augmenté de volume, son bord antérieur est très sensible à la palpation. Température 38° le matin, 38°,8 le soir.

Pouls, 110. Urines, 120 gr. Urée totale, 9 gr. 30. Médication tonique et antiseptique.

Le 28. Les selles sont moins fréquentes et ne sont plus sanguinolentes. Les frottements périhépatiques persistent avec la même intensité. Le ventre est ballonné, indolent. L'état général s'aggrave insensiblement. La pression la plus forte ne réveille aucune douleur au niveau de l'hypocondre droit. Température 37°,8 le matin, 38°,8 le soir.

Le 29. La diarrhée persiste, le foie grossit de plus en plus, sa matité sur la ligne mamelonnaire est de 14 cent., sur la ligne médiane du corps de 12 cent.; sa consistance est partout uniforme et régulière. La température est de 37°,8 le matin, 38°,8 le soir; pouls petit et fréquent. Urines, 800 gr., non albumineuses, tenant des phosphates en suspension. Urée totale, 6 gr. 50. La température baisse d'une façon régulière.

Même traitement et en outre une potion cordiale avec 4 gr. d'extrait de quinquina.

Le 30. L'amaigrissement est très manifeste, les traits sont profondément altérés, la diarrhée continue. Foie toujours très gros; ventre ballonné. Pouls petit, filiforme, misérable. Teint légèrement subictérique. Quelques râles muqueux aux deux bases du poulmon. Urines, 700 gr., sales, brunâtres. Température 38°, le matin, 37°,8 le soir.

Le 31. Le foie augmente à vue d'œil, pour ainsi dire; la matité hépatique mesure 16 cent. sur la ligne médiane, et 18 cent. sur la ligne mamelonnaire. La palpitation le plus méthodique ne réveille aucune douleur. A l'auscultation de l'hypochondre on entend de gros frottements de cuir neuf dans le lobe droit.

Dans le lobe gauche, ces frottements existent mais sont plus fins. Leur maximum se trouve à l'intersection de deux lignes, l'une verticale prenant dans l'hypochondre droit à huit centimètres de la ligne médiane, l'autre horizontale, passant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. En ce point ces frottements sont très sensibles à la main, surtout dans les mouvements inspiratoires. La fièvre garde toujours son type régulier (Température 38° le matin et 37°,8 le soir) et la palpitation reste toujours indolente. La diarrhée n'a pas cessé. Encore quelques gros râles aux deux bases, avec quelques frottements à la base droite.

1^{er} juin. Depuis hier la matité du foie a augmenté de deux centimètres environ; elle atteint l'ombilic sur la ligne médiane. Le malade s'affaiblit progressivement. Refroidissement des extrémités. Température 37°,6 le matin. Pouls petit, misérable. Diarrhée persistante. M. Chauffard fait trois ponctions exploratives avec l'appareil de Potain, deux dans le lobe droit, une dans le lobe gauche; celle-ci reste sèche; des deux autres, l'une seulement ramène quatre-vingt grammes d'un pus épais et grumeleux. On en prend quelques gouttes pour en faire un examen bactériologique.

M. Reclus consulté au point de vue de l'intervention ne pense pas que celle-ci puisse être supportée par le malade.

Le soir le malade a 37°,8 de fièvre; il a la voix grêle, cassée, il s'affaiblit de plus en plus et meurt dans le collapsus à deux heures du matin.

AUTOPSIE. Trente heures après la mort.

A l'ouverture de la *cavité thoracique* on trouve un épanchement pleural double de sérosité citrine assez abondante. Le poulmon gauche est adhérent à la partie supérieure et antérieure; congestion assez intense du sommet et noyaux anciens de tuberculose fibreuse presque crétacée dans le lobe supérieur. A droite même congestion du sommet, mêmes lésions de tuberculose ancienne, œdème assez notable. Le cœur ne présente rien de remarquable; la mitrale est

souple avec un léger épaississement des fibres tendineuses. L'aorte est saine. Traces de péricardite sèche localisée autour des troncs aortiques et pulmonaires.

A l'ouverture de l'*abdomen*, le foie fait saillie; le *péritoine* est intact. Les *reins* sont normaux.

La *rate* est volumineuse, doublée de poids, présentant des lésions de périsplénite fibreuse ancienne et de périsplénite aiguë récente.

Le *foie* est très hypertrophié. Son poids est de 3900 grammes; ses dimensions sont dans le sens vertical de 25 centim. et au niveau du lobe droit, de 30 centim. sur la partie médiane de ce même lobe, de 18 centim. au niveau du lobe gauche; dans le sens transversal, son plus grand diamètre est de 29 centim. Sur la face antérieure, à la partie moyenne, dans le sinus droit de l'angle formé par le ligament falciforme et le ligament suspenseur on voit une poche allongée, verticale, de la grosseur d'une tête de fœtus limitée en avant et en haut par la face inférieure du diaphragme et le ligament falciforme en arrière par le foie lui-même. Les parois de cette poche sont d'un jaune grisâtre, tomenteuses; ses limites marquées par un bourrelet de fine infection vasculaire. Elle contient du tissu hépatique sphacélé et du pus. La pression de cette volumineuse poche fait sourdre un pus grumeleux et sanguinolent; du reste, cette poche s'est ouverte dans les tiraillements qui ont amené l'extraction du foie.

Pas plus à son niveau qu'en tout autre point de la surface hépatique on ne trouve la trace des ponctions qui avaient été faites du vivant du malade. Au-dessous de cet abcès il existe une autre poche du volume d'une orange; elle est séparée de la première par un pont étroit de tissu hépatique sain. A la partie moyenne et un peu supérieure du lobe droit, il existe une vaste poche fluctuante, grosse comme le poing et sphéroidale; à sa partie centrale la paroi d'enveloppe est d'un blanc rosé et parcourue par de petits vaisseaux. On voit également une autre poche fluctuante à la partie moyenne du bord inférieur de l'organe; on en aperçoit encore une cinquième, mais moins étendue, à l'angle inférieur gauche du bord inférieur du foie.

A la palpation on reconnaît dans le reste de l'étendue de nombreux noyaux indurés. En pratiquant une coupe verticale à la partie moyenne du lobe droit, on découvre trois abcès de même forme, de même volume, c'est-à-dire gros chacun comme une petite orange, contenant le même pus grumeleux, filamenteux, glaireux, par places et se continuant sans capsule d'enkystement bien marquée avec le parenchyme hépatique ambiant.

Lorsqu'on retourne le foie on constate que deux des abcès constatés à la coupe font saillie à la face inférieure. Deux autres s'y dessinent également, l'un, contigu au bord gauche du lobe de Spiegel, l'autre contigu au bord gauche du lobe carré. Sur une coupe verticale faite au niveau de ces deux poches inférieures on voit qu'elles présentent même forme, même parois tomenteuses, même contenu que celles déjà décrites plus haut. Le pus de ces divers abcès n'est pas fétide; il faut en excepter celui d'une poche apparente sur la face inférieure placée au voisinage de l'intestin.

La vésicule biliaire contient une bile jaune et d'aspect normal.

Le tissu de la veine porte ainsi que son tronc et ses racines ne

sont pas intéressés. Ses branches intra-hépatiques disséquées sur la sonde cannelée sont également normales.

L'estomac depuis le cardia jusqu'au pylore ne présente aucune trace d'altération ; sa muqueuse est simplement rouge et fortement injectée.

L'intestin grêle, dans toute son étendue est d'apparence normale ; dans la première et dans la deuxième portion on rencontre également quelques fines arborisations vasculaires.

Le gros intestin présente des altérations remarquables par leur confluence et leur localisation. Le *colon*, le *rectum* sont sains.

Le *cæcum* en place, ne présente extérieurement aucune altération appréciable ; il est de volume normal. L'intestin est détaché de ses insertions mésentériques dans tout son trajet, lavé, incisé et déroulé. On remarque que le *cæcum* seul présente des lésions. On aperçoit en effet dans toute son étendue et particulièrement sur sa face postérieure, de nombreuses ulcérations. Ces ulcérations sont arrondies, superficielles, d'aspect grisâtre avec une légère injection à la périphérie de quelques-unes d'entre elles. Leur volume varie entre une tête d'épingle et une pièce de vingt centimes. Le fond ne dépasse pas la muqueuse, il est un peu sanieux, tomenteux. A l'ouverture de l'appendice iléo-cæcal, on constate également cinq à six ulcérations grosses comme une tête d'épingle ou une lentille. Leur fond rappelle celui des ulcérations précédentes. A la limite du *cæcum* et du *colon* ascendant, on voit une vingtaine de points saillants, gros comme une petite lentille, arrondis, bien limités paraissant siéger dans la muqueuse, mobiles sur les plans sous-jacents. Quelques-uns sont ulcérés au sommet et d'autres présentent un point blanchâtre, suppuré, comme prêt à s'ouvrir. Les ganglions du voisinage sont assez apparents, noyés, un peu augmentés de volume.

Sur la surface externe du *cæcum* détaché et isolé, on peut voir en deux points une légère teinte sombre, ecchymotique, correspondant à deux ulcérations cæcales un peu plus profondes que les autres.

Examen bactériologique. — L'examen bactériologique du pus a été fait du vivant du malade et après sa mort ; un certain nombre de lamelles ont été préparées, les unes avec le pus retiré par la ponction, les autres après la mort, d'une part avec le contenu des abcès hépatiques, d'autre part avec les produits de raclage des ulcérations intestinales. Ces lamelles ont été colorées au violet de méthyle. Leur examen microscopique n'a pas permis de reconnaître de micro-organismes spéciaux, pas de bacilles, seulement de nombreux microcoques isolés ou en points doubles, ainsi que quelques staphylocoques, mais nulle part aucune trace de streptocoque.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous semble intéressante à plusieurs titres. Et d'abord à cause de l'absence totale de phénomènes de typhlite. En effet, le malade n'a jamais présenté aucun des signes habituels des inflammations cæcales : douleur localisée à la fosse iliaque droite, ballonnement du ventre, vomissements, constipation. Au contraire, les douleurs étaient exclusivement limitées à l'hypocondre

droit et encore pendant le premier stade de l'évolution ; le ventre était à son entrée souple et plat. La diarrhée est restée, pendant toute la durée de la maladie, abondante, bilieuse, sanguinolente même pendant quelques jours. De telle manière que ces divers signes isolés auraient pu même égarer le diagnostic en rappelant le complexe symptomatique de la dysenterie.

D'autre part, si la douleur dans la région hépatique, si l'augmentation rapide et progressive du volume du foie attiraient l'attention du côté de cet organe, il faut avouer que le diagnostic d'abcès du foie ne s'imposait nullement. Les signes primordiaux des suppurations profondes, à savoir les frissons violents et irréguliers, les ascensions brusques et disproportionnées de la température, ont complètement manqué durant tout le cours de la maladie. Le thermomètre a toujours oscillé entre 38° et 39° degrés avec une rémission matinale de 1 degré en moyenne.

On aurait avec beaucoup plus de raison pu songer au cancer primitif du foie à marche rapide et à certaines formes de cirrhose hypertrophique grasseuse, qu'à une suppuration hépatique.

Les phénomènes douloureux localisés à l'hypocondre ont rapidement disparu et la palpation la plus méthodique, la plus profonde n'a jamais pu les réveiller. Et cependant, l'intelligence et la sensibilité du malade étaient parfaitement conservées.

Le diagnostic d'abcès du foie était donc difficile. Il a néanmoins été porté et la ponction est venue le contrôler et le confirmer.

L'intervention chirurgicale que le mauvais état général du malade a fait rejeter aurait, dans le cas actuel, été absolument inutile. Si dans les grands abcès du foie des pays chauds, abcès le plus souvent uniques, cette intervention est justifiée, utile, il est bien certain qu'elle aurait été inefficace en présence des nombreux foyers purulents épars dans le parenchyme, foyers absolument contemporains. Un fait tout aussi intéressant, c'est l'évolution extrêmement rapide de la maladie.

En quinze jours, le foie était triplé de volume, farci de dix abcès volumineux du même âge et de même configuration. Enfin l'intégrité du tronc de la veine porte, de ses

principales racines et subdivisions est digne de remarque.

En terminant, il nous faut signaler la non-constatation de bactéries spéciales et la présence des micro-organismes de la suppuration ordinaire. Si les collections purulentes intra-hépatiques pouvaient, jusqu'à un certain point, rappeler par leur volume les abcès des pays chauds, il est bien évident qu'ils en diffèrent sensiblement par leur nombre et par l'absence d'accidents paludiques. Sans doute, le malade avait eu des fièvres intermittentes, mais dans son jeune âge, et depuis quarante-sept ans il n'avait présenté aucun signe d'intoxication palustre. D'autre part, ces collections multiples semblent ressortir à la pyohémie; elles en diffèrent pourtant par leur volume qui est beaucoup plus considérable et par l'absence de pus collecté en d'autres points de l'organisme. Et cependant c'est bien d'infection purulente qu'il s'agit dans l'espèce.

Les ulcérations cæcales ont vraisemblablement servi de porte d'entrée à une infection secondaire qui, à son tour a engendré les déterminations hépatiques. Quant à la cause de la typhlite, elle semble entourée d'obscurité. Rien pendant la vie n'avait attiré l'attention du côté du cæcum; rien au moment de l'autopsie et à un premier examen n'attirait les regards de ce côté, si bien que l'intestin détaché de ses insertions mésentériques a été lavé dans son ensemble sans qu'on ait pu, au préalable, se rendre compte de son contenu et voir si le cæcum ne contenait pas quelques corps étrangers, cause première de la typhlite. C'est là l'hypothèse qui nous paraît la plus plausible et à laquelle on arrive par exclusion. Il ne saurait s'agir de typhlite tuberculeuse (l'examen bactériologique n'a pas fait reconnaître le bacille de Koch). Du reste, l'intestin grêle et tous les organes étaient absolument exempts de tubercules et la tuberculose fibreuse et localisée aux sommets du poumon ne peut avoir ici grande valeur.

Pour des raisons de même ordre, la dysenterie, la fièvre typhoïde et les diverses causes d'ulcérations cæcales ne semblent pas devoir être incriminées. Il est donc infiniment probable que les ulcérations cæcales reconnaissaient pour cause la présence de corps étrangers et que ces altérations folliculaires ont été la porte d'entrée de l'infection soudaine du foie.

M. CORNIL. Les typhlites ne sont pas encore bien connues

au point de vue de leur évolution anatomique. Au début l'inflammation du cæcum s'accuse par de la rigidité de la paroi, et cette rigidité jointe aux matières contenues, constitue une tumeur ayant la forme et la direction du cæcum. La rigidité de la paroi cæcale persiste plusieurs mois encore, après l'évacuation des matières et dans ces cas-là on ne sait pas très exactement ce qui se passe au point de vue anatomique.

Séance du 14 juin 1889.

PRÉSIDENTE DE M. POIRIER

Anomalie des reins, par M. P. POIRIER, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Les anomalies des reins, relatives à leur situation et à leur vascularisation sont des plus fréquentes. Il ne se passe guère de mois, pour ne pas dire de semaines, que la Société anatomique n'ait l'occasion d'en voir des exemples. Pourtant je ne pense pas qu'elle ait eu souvent l'occasion d'en voir d'aussi complexes que celles que j'apporte aujourd'hui.

La pièce a été recueillie à l'École pratique sur le cadavre d'une vieille femme.

Le rein droit est couché sur la moitié postérieure de la fosse iliaque du même côté. Son volume est normal. Le hile regarde directement en avant. Par ce hile, on voit sortir le bassin et une grosse veine longue de 7 centim. qui remonte pour s'aboucher dans la veine cave au niveau du disque qui sépare la 2^e de la 3^e vertèbre lombaire. Aucun vaisseau artériel ne pénètre par ce hile. Six branches artérielles se détachent des artères voisines et vont pénétrer le parenchyme rénal en différents points de sa périphérie.

La première de ces branches se détache de l'aorte à 1 centim. au-dessus de la bifurcation de celle-ci, et gagne le sommet du rein. Les trois suivantes naissent en bouquet de l'angle formé par l'aorte et l'iliaque primitive droite. Elles gagnent la partie postérieure du rein. La cinquième naît de l'aorte dans l'angle de bifurcation des deux iliaques. Enfin la sixième, qui est très volumineuse naît de la bifurcation de l'iliaque primitive. De toutes les artères une seule est accompagnée par une veine.

Le rein gauche, beaucoup plus abaissé que le précédent est situé dans l'excavation pelvienne à peu près sur la ligne médiane : il n'em-

piète guère que de deux centimètres sur le corps de la 5^e vertèbre lombaire. Il a, comme le précédent, une forme légèrement lobulée. Son hile est tourné directement en avant et donne passage au bassin et à une veine volumineuse qui se rend dans la veine cave, au même point que la veine iliaque primitive gauche.

Ce rein reçoit quatre artères. La plus élevée se détache de l'aorte au niveau de sa bifurcation. La deuxième naît dans l'angle même de bifurcation de l'aorte. La troisième se détache de la bifurcation de l'iliaque primitive. Enfin la quatrième, qui a un diamètre de 2 millim. naît d'un tronc commun à l'ischiatique et à la honteuse interne.

Les uretères dont l'abouchement dans la vessie est normal ont une longueur très différente.

Le gauche n'a que 19 centimètres. Le droit a 24 centimètres.

L'appareil urinaire, à part l'anomalie de situation des reins, paraît en parfait état. Il en est de même de l'appareil génital, à part quelques formations kystiques dans les ovaires très ratatinés.

Tumeur kystique de la cuisse, par M. CHRÉTIEN (de Poitiers).

Homme de 34 ans, cultivateur, vigoureux, sans *aucun antécédent morbide*. Le malade fait remonter le début des accidents à un coup de pied qu'il aurait reçu, et à la suite duquel la grosseur se serait développée.

État actuel. — Lorsque nous voyons le malade pour la première fois, le 28 mars, nous constatons l'état suivant : à la partie supérieure de la face interne de la cuisse gauche, existe une tumeur volumineuse, dont le contour supérieur n'est éloigné du sillon génito-crural que par un espace égal à environ deux travers de doigt. Cette tumeur, grosse comme une tête de fœtus à terme, est régulièrement arrondie, dure, d'une consistance égale en tous ses points. Fixée et comme bridée par un muscle qui paraît être le droit interne, lorsque le malade meut sa cuisse, elle devient très mobile pendant la révolution musculaire. Elle n'adhère nullement à la peau qui présente, au devant d'elle, ses caractères normaux. Pendant son développement progressif et continu depuis six ans, elle n'a jamais causé la moindre douleur. Jamais il n'y a eu dans le membre atteint, ni élancements névralgiques, ni œdème, etc. Bien qu'en s'enfonçant au milieu des muscles de la cuisse, cette tumeur paraisse très rapprochée de l'artère fémorale, il est évident cependant, qu'elle n'a avec la gaine vasculaire aucun rapport étroit. Le malade éprouve une gêne fonctionnelle considérable, il ne peut marcher qu'en écartant beaucoup les cuisses ; aussi accepte-t-il immédiatement l'opération que nous lui proposons, et dont il fixe la date aux premiers jours de mai.

Le 8 mai, nous pratiquons l'extirpation de la tumeur, avec le concours de MM. les D^{rs} Jouet, de Chauvigny, et Lhéritier de Chézelle, médecin aide-major au 33^e d'artillerie. Le malade étant chloroformé, nous traçons sur le point le plus saillant de la tumeur une incision de dix huit-centimètres environ, en partant, en haut, du pli génito-crural. La peau et l'aponévrose sont sectionnées, la tumeur apparaît, blanchâtre, sillonnée de grosses veines, et recouverte en partie, en avant,

par le muscle droit interne, en arrière par le premier adducteur. Il faut disséquer ces muscles pour l'énucléer et la rendre mobile. Cela étant fait, la consistance du tissu morbide nous paraît plus molle, et semi-fluctuante. Abandonnant le bistouri, nous déchirons avec nos doigts les nombreuses adhérences conjonctives qui unissent la tumeur aux gaines aponévrotiques, et nous arrivons peu à peu dans les parties profondes, où nous isolons un véritable pédicule de la même nature que les adhérences précédentes. Ce pédicule est lié et sectionné, la tumeur est extraite ; le malade a perdu tout au plus 150 gr. de sang. En explorant les plaies nous constatons que la tumeur était en contact d'une manière immédiate avec le fémur, que nous sentons recouvert de son périoste et que nous suivons du doigt sur une longueur de deux ou trois centimètres à partir de la base du petit trochanter. La plaie est nettoyée ; des points de suture la réunissent ; et un pansement phéniqué est appliqué avec soin.

La tumeur ouverte, laisse échapper une grande quantité d'un liquide brun, épais, qui se sépare, au repos, en deux parties, une rougeâtre inférieure, puriforme, une supérieure, moins épaisse et de couleurs plus foncée. La poche a des parois d'une épaisseur très grande en certains points, et de consistance parfois cartilagineuse. A l'extérieur elle est recouverte en partie d'une couche de fibres musculaires dépendant des muscles qui l'enveloppaient. A l'intérieur elle présente de nombreuses végétations, solides, brunâtres, comme arborescentes en quelques endroits.

Nous devons noter ce fait que la consistance très ferme de la tumeur, l'indolence complète, le développement lent, nous avaient fait penser qu'il s'agissait d'un fibrome. La nature kystique de la lésion n'a pu être reconnue, qu'après que l'incision de la peau et de l'aponévrose eut fait cesser la compression exercée sur la tumeur par cette gaine, et eut permis de percevoir la fluctuation.

Examen histologique, par le Dr TOUPET. — Nous avons examiné le contenu du kyste à l'état frais ; puis nous avons pratiqué des coupes histologiques des différents endroits de la paroi, après durcissement par l'alcool.

Le contenu du kyste est constitué par un liquide filant de couleur rouge brun. Au microscope on remarque que ce liquide renferme très peu d'éléments figurés ; à peine quelques cellules lymphatiques et quelques globules rouges déformés ; par contre on trouve beaucoup de détritits cellulaires, et des cristaux de matière colorante du sang. On ne découvre dans ce liquide ni crochets, ni cellules épithéliales dégénérées, qui puissent faire présumer qu'il s'agisse là d'un kyste hydatique ou d'un kyste épithélial.

D'ailleurs l'examen histologique ne tarda pas à nous confirmer dans cette opinion.

Cette paroi est uniquement fournie par un tissu fibreux extrêmement dense, infiltré par place de sels calcaires. Du côté externe ce tissu conjonctif se confond peu à peu avec le tissu voisin ; du côté interne il envoie dans l'intérieur du kyste des sortes de petits prolongements papillaires, à la surface desquels on ne trouve aucune trace d'épithélium.

Ces prolongements sont recouverts d'une couche de détritits cellulaires analogues à ceux que renferme le liquide.

En somme nous pensons qu'il s'agit simplement là d'un kyste sanguin ancien, dont la paroi est devenue très fibreuse et dont le contenu a subi les différentes métamorphoses que subit le sang épanché qui ne se résorbe pas.

Voies d'excrétion du testicule.

M. POIRIER présente le résultat de ses recherches au sujet d'un vas efferens en cæcum situé au niveau de la queue de l'épididyme.

Deux cas de ligature de la carotide externe.

M. ISCH-WALL, présente deux artères carotides externes sur lesquelles on a pratiqué la ligature. Cette opération dans les deux cas, fut suivie de mort par hémorrhagie.

M. POIRIER. J'ai souvent constaté qu'en liant la carotide interne d'après le procédé classique on plaçait le fil au-dessus de la linguale ; aussi les points de repère ne doivent-ils servir qu'à trouver l'artère : avant de pratiquer la ligature il faut bien s'assurer que la linguale ne naît pas au-dessous du point mis à découvert.

M. CHAPUT. Y a-t-il eu élévation de température chez les deux malades.

M. ISCH-WALL. Chez un des malades le thermomètre s'est élevé au-dessus de 39°, chez l'autre il n'a guère dépassé 38°.

Cancer du rectum propagé à la vessie. — Communication des deux cavités rectale et vésicale. — Endocardite chronique calcifiée des valvules mitrale et aortiques. — Endartérite et oblitération par thrombose de deux artères fémorales et de leurs branches terminales, par M. CARYOPHILLIS, interne provisoire des hôpitaux.

Les pièces, que nous avons l'honneur de vous présenter proviennent d'un malade du service de M. le Dr Gombault à l'hospice des Incurables d'Ivry.

Ce malade, âgé de 84 ans, est entré à l'infirmerie 6 jours avant sa mort, présentant les signes d'une grande prostration et du délire doux.

Ses membres inférieurs étaient froids au toucher, on constatait en outre une teinte rouge violacé sur la jambe droite jusqu'aux orteils ; sur le talon droit il y avait une eschare sèche, noire, de 3-4 centim. de diamètre. On ne percevait pas les battements des pédieuses et des fémorales ni d'un côté ni de l'autre. Au creux poplité, vu la maigreur du malade, on prenait l'artère, on pouvait la rouler comme un cordon

dur entre les doigts sans sentir trace de pulsations. Celles-ci étaient appréciables à la racine des membres au niveau de la base du triangle de Scarpa. Pas de douleurs ni de paralysie évidentes dans les membres.

La température a monté à 40° C. veille de la mort du malade.

A l'autopsie nous avons trouvé le rectum, qui, comme vous pouvez bien le constater, présentait un épithélioma largement ulcéré et infiltrant les parois de l'intestin et celles avoisinantes de la vessie. L'ulcération du rectum, large comme une pièce de 5 francs, siège à 6 ou 7 millim. au-dessus de l'anus. Entre le rectum et le bas-fond de la vessie, on trouve une large cavité, une espèce de cloaque, qui était rempli de matières putréfiées.

Sur la paroi postérieure du col de la vessie on voit un orifice d'un centimètre environ de diamètre, qui fait communiquer cet organe, par l'intermédiaire du cloaque situé entre la vessie et le rectum, avec la cavité de cette dernière partie de l'intestin.

Le foie contient des noyaux carcinomateux très volumineux.

Le cœur de ce malade présente des particularités intéressantes. Les valvules aortiques, sont toutes trois rigides, froncées, et sur leur face qui regarde la paroi aortique, on voit des bourgeons assez volumineux durs et crétacés. Leur face ventriculaire en possède moins. La grande valve de la mitrale est froncée également et privée de sa souplesse habituelle, on y constate les mêmes rigidités et les mêmes bourgeons que dans les valvules aortiques. Il n'y a pas de rétrécissement des coronaires.

Les artères fémorales à partir de leur bifurcation en artère fémorale profonde et en artère superficielle jusqu'à leurs terminaisons sont complètement oblitérées. Le caillot dans les sections transversales successives du tronc de l'artère est blanc et a l'apparence feuilletée à la périphérie.

Le cerveau présentait des vestiges très évidents de l'artério-sclérose généralisée dont était atteint le malade. Les artères de la base étaient athéromateuses et dans les noyaux gris centraux, noyaux intra et extra-ventriculaire du corps strié on voyait plusieurs petits foyers de ramollissement gris. Par contre il n'y avait pas d'adhérence entre la pie-mère et la convexité des hémisphères.

En résumé, il existait chez ce malade une perforation de la vessie, sans propagation du néoplasme à la muqueuse vésicale et sans bourgeons saillants dans la cavité. L'endartérite oblitérante, examinée sur les coupes, se montre avec ses caractères habituels, épaississement des trois tuniques, mais surtout de la tunique interne, présence d'un caillot en voie d'organisation dans la lumière aux points où elle persiste encore.

Cette forme d'endartérite a été isolée souvent, sous le nom de *rétrécissement généralisé des artères* (voir Thèse Prioleau, 1887). Ici la coexistence avec des lésions de calcification du cœur gauche vraiment énormes, montre qu'elle n'est comme l'artérite noueuse qu'une forme de l'athérome.

**Squirrhe du pylore non ulcéré et à marche lente :
propagation au péritoine, à ses lobules graisseux,
aux parois de l'intestin et au foie, par M. CARYOPHILLIS,
interne provisoire des hôpitaux.**

Les pièces, que nous avons l'honneur de présenter à la Société proviennent d'un malade du service de M. le Dr Gombault, à l'infirmerie de l'hospice-d'Ivry.

Cette malade, âgée de 67 ans, est entrée à l'infirmerie au mois d'août 1888. A cette époque elle présentait les signes d'un néoplasme stomacal : vomissements qui survenaient par crises et généralement après le repas et un état général cachectique. Par le palper abdominal on constatait une grosseur mobile non douloureuse siégeant au voisinage de l'ombilic et un peu au-dessus et à droite ; et rattachée à une généralisation épiploïque.

La malade est restée à l'infirmerie pendant 10 mois environ ; durant ce temps, outre les symptômes que nous avons mentionnés, elle a présenté à plusieurs reprises et des intervalles variant d'une à deux semaines des accès de fièvre plus ou moins intenses, qui duraient 3-4 jours en moyenne et étaient séparés de périodes d'apyrexie plus ou moins longues.

Les derniers mois de son séjour à l'infirmerie est survenue une phlegmatia alba dolens des deux membres inférieurs, qui fut très tenace, mais l'œdème diminua au bout de quelques temps, à la suite de phlyctènes.

En raison de la toux et d'une expectoration abondante coexistantes on se demanda un instant s'il n'y avait pas de tubercules dans ses poumons ; mais l'examen des crachats au point de vue de l'existence du bacille fut négatif.

La malade est morte le 11 mai 1889 avec les signes d'une cachexie croissante. A l'autopsie, faite 24 heures après la mort, nous avons trouvé un estomac petit, très dilaté, dont la muqueuse paraît saine et qui ne présente pas d'autre lésion si ce n'est un très petit adénome de la grande courbure.

Au pylore les parois de l'estomac sont augmentées d'épaisseur, elles sont rigides et à la face postérieure de cette région nous voyons une tumeur très nettement proéminente qui enserre cet orifice à la manière d'un demi-anneau assez rigide ; le passage stomaco-duodénal n'est pas obstrué, mais il est assez notablement rétréci ; la cavité de l'estomac pourtant, nous l'avons dit, ne présente pas de dilatation.

A l'examen de l'intestin grêle on voit surtout le parcours de celui-ci et contre son bord adhérent des petits noyaux plus ou moins arrondis et durs au toucher, qui occupent de préférence les lobules ou appendices graisseux de l'intestin. Les parois de l'intestin grêle présentent aussi deux ou trois plaques carcinomateuses formées par la soudure de ces lobules et dont une porte une ulcération arrondie sur la face muqueuse de l'intestin. Sur le gros intestin on constate à peu près les mêmes lésions que sur l'intestin grêle, à savoir noyaux carcinomateux siégeant plus particulièrement au bord adhérent de l'intestin, au lieu de la bifurcation des vaisseaux sanguins et sur les appendices graisseux.

Dans le mésentère on trouve par-ci par-là des ganglions augmentés de volume et durs, évidemment cancéreux.

Le grand épiploon porte deux ou trois noyaux de pareille nature qui constituaient la tumeur perceptible pendant la vie au voisinage de l'ombilic.

Dans le foie on a trouvé aussi deux ou trois nodules du néoplasme, du volume d'une noisette environ ; ils étaient durs et demi-transparents.

On peut aussi constater l'oblitération complète des deux veines fémorales. Les autres viscères ne présentaient rien de particulier. Sur des coupes microscopiques préparées par M. Pilliet, interne du même service, et qui proviennent de morceaux, tant de la tumeur de l'estomac que des noyaux de propagation au péritoine, à l'intestin et au foie, on voit la structure caractéristique du squirrhe avec ses faisceaux de tissu conjonctif assez épais, qui circonscrivent des alvéoles comblés de cellules volumineuses, irrégulières et tassées. Le fait présent est en somme un cas de squirrhe interstitiel du pylore sans aucune ulcération apparente du côté de la muqueuse stomacale.

Il est remarquable, entre autres, pour sa marche très lente et pour sa propagation au péritoine et surtout par sa localisation spéciale aux lobules graisseux et au niveau de la bifurcation des vaisseaux de l'intestin grêle et du gros intestin. Ces cas sont en général à marche lente ; et le début épithélial de la tumeur est difficile ou impossible à retrouver (1).

Séance du 21 juin 1889.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL

Oblitération du vagin. — Uterus sénile de conformation bizarre. — Rétrécissement du gros intestin d'origine musculaire. — Corps étranger du péritoine, par A. DEMOULIN, prosecteur des hôpitaux.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société, a été recueillie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sur une femme âgée d'environ 65 à 70 ans. Je n'ai pu recueillir de renseignements sur elle.

Je me proposais de répéter sur cette femme l'hystérectomie vaginale. Les écarteurs mis en place je trouvai une oblitération complète du vagin à son extrémité utérine, il y avait là un véritable cul-de-sac. J'ouvris l'abdomen pour mieux me rendre compte de ce fait ; et, mettant la main dans la cavité de Douglas, j'y rencontrai un corps

(1) Voir une observation comparable de M. PILLIET, péritonite cancéreuse à forme lymphangitique, *Soc. anatomique*, 1888, p. 422.

étranger libre, du volume d'une grosse amande, lisse, blanc-bleuâtre, de consistance un peu molle. J'y reviendrai dans un moment. Continuant l'exploration du petit bassin, je rejetai en haut la masse intestinale. Je vis distinctement les annexes de l'utérus. Ils ne présentaient rien d'anormal, les trompes étaient saines, les ovaires petits, atrophies, du volume d'une petite noisette, ce qui n'a rien d'étonnant si on se rappelle l'âge du sujet (65 à 70 ans).

En suivant de dehors en dedans les annexes et cela des deux côtés, je tombai sur un corps très petit représentant l'utérus. J'enlevai alors tout le gros intestin et les organes du petit bassin avec le plancher périnéal.

Dissection de la pièce : Le vagin est fendu sur sa face antérieure, le cul-de-sac résultant de l'oblitération nettement exposé, il ne présente pas trace de cicatrice du côté de la cavité vaginale. Le corps de l'utérus est très petit il est difficile de le reconnaître à première vue ; il est relié par une languette musculaire aplatie, épaisse de 5 millim. environ, longue de 3 centim. à un corps beaucoup plus gros qui représente manifestement le col.

Cette partie qui représente le col a le volume d'une grosse noix, et adhère en bas, mais en son milieu seulement, à la face supérieure ou abdominale du cul-de-sac que forme le vagin oblitéré ; on ne voit par suite de cette adhérence aucune tache du museau de tanche. Le col modifié comme il vient d'être dit est fendu sur la partie médiane de sa face antérieure. Il est rempli par un liquide jaunâtre, filant, dont le poids peut être évalué à 2 grammes. Il s'agit là d'une véritable cavité dont les parois épaisses sont formées par le canal cervical dilaté ; il n'y a pas trace de communication avec le corps de l'utérus.

Je n'avais pas vu la cavité du corps de l'utérus. M. le professeur Cornil lors de la présentation de la pièce, en fendant la partie qui représente le bord supérieur de cet utérus si bizarrement conformé, nous a montré que cette cavité existait bien. Tapissée par la muqueuse, elle ne contient point de liquide, à peine pourrait-elle contenir trois ou quatre gouttes d'eau. Pas de communication entre la cavité du corps et celle du col, ces deux cavités sont séparées par toute la longueur de la languette musculaire qui unit les deux parties de l'utérus.

Le péritoine à la surface de l'utérus était normal. Pendant la dissection de la pièce, j'avais été gêné par quelques matières liquides contenues dans le gros intestin, pour m'en débarrasser je fis passer un courant d'eau par le bout cæcal et fus très surpris de voir l'intestin se gonfler énormément tandis que le bout rectal ne donnait passage qu'à une très petite quantité de liquide. J'incisai sur la face opposée au méso.

Je trouvai d'abord une cicatrice, de la surface d'une pièce de un franc, à 2 centim. au-dessus de l'anus. Cette cicatrice d'aspect cuivré, un peu froncé sur ses bords ne porte que sur la muqueuse, elle glisse facilement sur les plans sous-jacents.

À 18 cent. au-dessus de l'anus et s'étendant sur une longueur de cent. en remontant vers le bout cæcal, il y a un épaississement considérable de la couche musculaire à fibres circulaires, qui présente une épaisseur d'au moins 7 à 8 millim. Avant que cet épaississement qui porte sur la partie supérieure du rectum et une grande

étendue de l'S iliaque ait été fendu dans toute sa longueur, le calibre de l'intestin était si réduit qu'il admettait à peine l'extrémité du petit doigt. Ce rétrécissement commence et finit brusquement. Les fibres musculaires épaissies sont recouvertes par la muqueuse amincie et sur la largeur du rétrécissement on remarque une vingtaine de petites dépressions ovalaires ayant de 2 à 3 millim. dans leur grand axe. Leurs bords sont parfaitement nets, il ne saurait être question d'ulcérations. Ces dépressions conduisent dans de petits culs-de-sac plus ou moins profonds qui font hernie à travers les fibres musculaires épaissies : on dirait d'une vessie à cellules. Ces petits culs-de-sac longs les uns de deux, les autres de trois à quatre millim., sont constitués par la séreuse et la muqueuse. Quelques-uns sont à leur sommet et sur leur face externe surchargés d'un peu de tissu graisseux, ce qui au premier abord leur donne l'aspect d'appendices épiploïques. Pas d'hypertrophie des fibres musculaires longitudinales du gros intestin, pas d'épaississement du péritoine au niveau du rétrécissement.

Mon collègue et ami M. Coffin a bien voulu faire l'examen histologique du rétrécissement et du corps étranger du péritoine. Il a trouvé que le microscope vérifiait l'examen fait à l'œil nu. Le rétrécissement est bien constitué par des fibres musculaires lisses avec leurs caractères normaux. La muqueuse est saine. Les glandes ne sont pas altérées.

Le corps étranger était constitué par une enveloppe très mince formée de tissu conjonctif. Au milieu du corps étranger on ne rencontrait que des matières grasses avec des débris épithéliaux tellement altérés qu'il était impossible d'en déterminer la provenance.

Réflexions :

1° Si l'atrophie utérine dans la vieillesse est un fait normal, il est rare d'observer un utérus conformé comme celui que nous présentons, utérus remplacé dans une grande partie de son étendue par une longue languette musculaire reliant le corps avec le col.

2° L'oblitération complète du vagin chez les vieilles femmes n'est pas tellement fréquente qu'elle ne mérite pas d'être signalée lorsqu'on la rencontre.

3° Les rétrécissements musculaires de l'intestin sont rares. Le cas que nous présentons en est un type.

4° Le corps étranger du péritoine peut être probablement rattaché aux diverticules signalés entre les fibres musculaires.

J'ai, en 1884, présenté à la Société un corps étranger du péritoine. Il avait le volume aussi d'une amande, était blanc, très dur. Son origine était facile à saisir.

Il s'agissait d'un appendice épiploïque devenu cartilagineux et fibreux et tombé dans la cavité péritonéale après rupture de pédicule, car on voyait sur le gros intestin un

autre corps étranger de même nature, en voie de formation dans un appendice épiploïque et rattaché à l'intestin par un pédicule prêt à se rompre.

Rien ne prouve que le nouveau corps étranger que je présente ne soit pas né de la même façon, mais peut-être pourrait-on admettre aussi pour expliquer son origine qu'un des diverticules, à la fois muqueux et séreux, que nous avons décrit comme faisant hernie à travers la couche musculaire de l'intestin a perdu ses connexions avec la cavité intestinale, s'est pédiculisé, tombant ensuite dans le péritoine par rupture du pédicule.

M. CHAPUT. Dans le cours de recherches que j'avais entreprises l'an dernier sur le prolapsus utérin j'ai trouvé deux fois une oblitération du canal cervical. Je pense que cette oblitération était d'ordre sénile. C'était d'ailleurs l'avis de M. Terrillon.

M. CORNIL. Il m'est arrivé souvent de voir les cavités du col et du corps tout à fait séparées. Le col remonte avec l'âge et il devient souvent difficile de le sentir au fond du vagin. A la suite de cette oblitération des conduits, le col devenu kystique contient un liquide muqueux, le corps au contraire contient un liquide séreux ou séro-purulent.

ÉLECTION

M. DE LOSTALOT est nommé membre correspondant.

Séance du 28 juin 1889.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL

Foie ficelé chez une syphilitique, par V. MORAX, interne provisoire.

Femme de 88 ans, morte de broncho-pneumonie dans le service de M. Joffroy, à la Salpêtrière. Elle présentait à la base du nez une perforation circulaire et un affaissement de la cloison. Pendant son séjour à l'infirmerie, n'a pas présenté d'autres signes que ceux de la broncho-pneumonie. Absence d'ictère, d'ascite; circulation collatérale de l'abdomen non développée. Un peu d'albuminurie.

AUTOPSIE. — Foie atrophie, 715 grammes ; surface irrégulière, sillonnée par des dépressions profondes délimitant des bosselures en forme de lobules. Ces lésions atteignent leur maximum au niveau du lobe gauche.

Face convexe du foie recouverte en outre de fausses membranes de couleur jaunâtre constituant en certains points de petits nodules arrondis de la grosseur d'une lentille et de consistance fibreuse. Sur la coupe, travées fibreuses partant de la surface et divisant le foie en lobules de dimensions variables.

Examen microscopique. — Cirrhose porto-biliaire. En certains points formation de néo-canalicules biliaires. Vaisseaux veineux béants, non altérés. Endartérite très prononcée et existant dans tous les points de la coupe. En certains points, artère oblitérée.

Congestion sus-hépatique avec dégénérescence pigmentaire des cellules au voisinage de la veine sus-hépatique.

En aucun point du parenchyme ou de la capsule de Glisson on ne trouve d'amas de cellules pouvant faire penser à une gomme hépatique.

Vésicule biliaire bien développée. Absence de calcul.

Rate volumineuse, sclérosée. Poids, 195 gr.

Reins. Kystes superficiels nombreux. Atrophie de la substance corticale. Décortication difficile.

Aorte. Plaques d'athérome.

Cœur hypertrophié. Sténose mitrale ne permettant le passage que d'un doigt.

Plevres. Quelques adhérences. Épanchement séreux d'un litre à droite.

Poumons. Foyers de broncho-pneumonie. Bronchite chronique.

Calotte crânienne uniformément épaissie. Épaisseur de 1 centimètre 1/2.

L'absence de gommages hépatiques ne nous permet pas de conclure rigoureusement à une hépatite syphilitique et cependant la prédominance de l'endartérite dans les travées de cirrhose, l'existence de la perforation à la base du nez ainsi que l'hyperostose de la calotte crânienne nous font incliner vers ce diagnostic.

M. CORNIL pense qu'il s'agit vraisemblablement ici de syphilis, bien que l'hyperostose ne prouve rien ; elle s'observe quelquefois en dehors de la syphilis chez le vieillard, en même temps que les autres os se raréfient.

M. DARIER doute également que l'hyperostose crânienne soit toujours le fait de la syphilis.

M. CORNIL. L'hyperostose caractéristique de la syphilis offre des dépressions superficielles, ulcérations généralement consécutives à la destruction par une gomme suppurée ou non.

Sarcome du médiastin, par H. MALLET, interne des hôpitaux.

All... Théodore, âgé de 57 ans, est entré le 21 mai à l'hôpital Tenon, salle Lorain, n° 10, dans le service du Dr Letulle.

Il dit qu'il y a cinq mois environ, il a commencé à tousser et à cracher; il continua son travail, mais depuis six semaines sa maladie s'est aggravée de telle sorte qu'il est maintenant contraint d'entrer à l'hôpital. On constate alors que la partie droite du thorax présente une ampliation manifeste et que, en arrière surtout, les veines sous-cutanées thoraciques sont dilatées au point de dessiner des réseaux très apparents. Dans la moitié inférieure existe une matité complète, en même temps que les vibrations thoraciques sont diminuées. A l'auscultation, on trouve une diminution du murmure vésiculaire dans la partie inférieure. Au niveau du hile, souffle rude à l'expiration, égophonie très nette et pectoriloquie aphone. La température oscille autour de 37°. La dyspnée est assez prononcée; le malade ne peut se coucher sur son côté droit sans éprouver une vive douleur qui le force à quitter cette position. Toux saccadée et sèche.

Cependant, l'impression d'une pleurésie ordinaire ne se dégageait pas nettement de cet ensemble et la circulation collatérale sous-cutanée en particulier fit penser à une tumeur intra-thoracique.

Le 27 mai on trouve le malade extrêmement anxieux. Le visage est pâle, inondé de sueurs, la respiration très brève, le pouls régulier mais difficilement perceptible. Cornage assez prononcé, sans tirage. On pratique la thoracentèse et on retire 1350 gr. d'un liquide blanc jaunâtre, puriforme. Bien que manifestement il reste du liquide dans la plèvre, on s'arrête à cause des quintes de toux. Le liquide ainsi retiré par ponction est examiné au microscope et l'on note qu'il contient relativement fort peu de leucocytes.

Le 28. Le malade accuse un soulagement considérable; il a reposé tranquillement toute la nuit. Au niveau du hile les vibrations thoraciques sont exagérées. On entend un souffle large, la voix et la toux sont très retentissantes. Un peu plus bas, l'égophonie existe encore.

Le 1^{er} juin, la dyspnée a reparu, avec des manifestations inquiétantes. On fait une seconde ponction qui donna 1500 gr. d'un liquide tout à fait semblable à celui qu'on avait précédemment retiré.

Dans les jours suivants, on observe une amélioration notable, mais la mort survient subitement le 6 juin, pendant la nuit. Pendant les cinq derniers jours, la température avait varié entre 37 et 38°.

AUTOPSIE. — *Encéphale.* Pas de lésions appréciables. *Foie*, poids 1350; putréfié. *Rate*, volume moyen; altérations cadavériques. *Reins*, pèsent 140 et 150 gr. Le rein gauche présente un kyste de la grosseur d'une noix. Tous deux sont dans un état de putréfaction avancée.

Le *médiastin antérieur* est envahi par une tumeur qui mesure à peu près 15 centim. de large sur 18 centim. de hauteur.

Cette tumeur adhère d'une part intimement au bord antérieur du poumon gauche, et d'autre part elle coiffe la presque totalité du bord antérieur du poumon droit. En haut, elle ne déborde pas le sternum, mais elle englobe la plupart des veines de la base du cou. En

arrière elle adhère intimement au péricarde qu'elle envahit, formant ainsi sur sa surface viscérale une tumeur étalée; plate; en contact direct avec le cœur et l'origine des artères aorte et pulmonaire.

Le *péricarde* contient une certaine quantité de liquide séreux roussâtre (altération cadavérique).

Le *cœur* n'a pas de lésion appréciable.

Les *ganglions* du hile des deux poumons sont envahis par la néoplasie et forment en arrière, de chaque côté de l'aorte et de l'œsophage, une masse mamelonnée volumineuse.

Le *poumon gauche* offre une congestion intense et une adhérence très étendue à sa base.

La *plèvre droite* contient au moins deux litres de liquide puriforme.

Le sommet du *poumon droit* présente un certain nombre de noyaux gris jaunâtre, entourés de tissu fibreux. Quelques-uns de ces noyaux, ramollis à leur centre, constituent de petites cavernes.

L'*intestin* est putréfié; vers sa partie moyenne, on trouve quatre plaques de péritonite cancéreuse, caractérisée par des îlots lymphangitiques qui partent du bord libre de l'intestin, remontent sur le mésentère où ils forment des trainées allant se jeter dans les ganglions engorgés. L'intestin étant ouvert, on trouve au niveau des plaques quatre ulcérations arrondies, dont le diamètre varie de 7 à 18 millim. Les bords sont indurés, déchiquetés; le fond pultacé et putréfié.

Nulle part ailleurs on ne trouve de tumeur appréciable. Notamment les corps vertébraux, l'estomac et le pancréas, le testicule et le larynx n'offrent pas de lésions.

Examen histologique. — La tumeur est constituée par un fibrosarcome. Dans certains points de son épaisseur, sur des coupes verticales, on trouve des masses ramollies qui atteignent parfois le volume d'une noix. Dans le reste de son étendue, le sarcome est très fibreux.

Les éléments cellulaires accumulés dans les espaces qui sont ménagés entre les travées fibreuses ont des formes variées et un volume très différent suivant les points.

De place en place, les éléments sarcomateux forment des amas d'apparence embryonnaire. Les vaisseaux artériels et veineux ne sont point oblitérés et ne paraissent pas envahis par le néoplasme. Les diverses parties du poumon incluses dans la tumeur sont totalement transformées en fibro-sarcome. Toute apparence alvéolaire a disparu. Les fibrilles élastiques persistent cependant et les travées néoplasiques sont gorgées de pigment noir.

REMARQUES. — Il semble que l'existence d'une tumeur médiastinique ne pouvait guère être affirmée d'une manière absolue. Si en effet nous passons en revue les signes ordinairement attribués à ce genre d'affection, nous trouvons que, dans le cas particulier qui nous occupe, la plupart faisaient défaut ou étaient dénaturés par l'épanchement pleural. L'augmentation du thorax était régulière, comme celle qui est due à la présence d'un liquide dans la plèvre. Nulle part, notam-

ment dans les creux sus-claviculaires ou axillaires on ne rencontrait de masses ganglionnaires. La matité correspondait à la partie inférieure d'un seul côté.

Quant aux troubles circulatoires, ils se réduisaient au développement d'une circulation collatérale par les réseaux sous-cutanés thoraciques. Mais l'œdème du bras ou de la tête, qui auraient eu une grande valeur, faisaient complètement défaut. Il n'y avait pas de signes de compression de l'œsophage ni du pneumogastrique ou des récurrents. L'examen anatomique a montré que la compression était nulle encore au niveau de la trachée et des bronches. L'abolition du murmure vésiculaire à gauche devait donc être rapportée à la présence de l'épanchement, d'autant mieux qu'elle était accompagnée de matité. La sonorité eut persisté en effet si l'accès de l'air dans les alvéoles du poumon avait été entravé par un aplatissement des canaux trachéal et bronchiques.

Nous ferons remarquer cependant qu'un fait aurait permis peut-être de poser un diagnostic certain, à savoir la présence dans le liquide retiré par ponction d'éléments figurés caractéristiques du sarcome.

Rupture de l'utérus dans un cas de présentation de la face, par M. COUDER, interne des hôpitaux.

M. COUDER présente une pièce où l'on voit toute une série de lésions produites sur les organes maternels par la prolongation exagérée du travail de l'accouchement. Il s'agissait d'une femme ayant un léger rétrécissement du bassin et dont l'enfant, très volumineux, se présentait par la face, le menton en arrière et à droite ; l'enclavement se produisit et quand la sage-femme se décida, au bout de 24 heures, à conduire la malade à la Pitié les liquides vaginaux avaient une odeur putride et l'état général était grave.

M. Maygrier fit la basiotripsie, mais la malade mourut 12 heures après. En examinant l'appareil génital enlevé tout entier on trouve deux larges perforations arrondies, déchiquetées, à bords contus, siégeant l'une sur la partie droite et postérieure du vagin et causée probablement par la pression du menton ; l'autre plus haut sur la partie droite et postérieure du segment inférieur de l'utérus, causée probablement par la compression de cette paroi entre le fœtus et l'épine sciatique. D'ailleurs ces deux perforations sont sous-péritonéales et ouvrent dans le tissu cellulaire pelvien.

La lésion la plus intéressante peut-être est une eschare jaunâtre et la largeur d'une pièce d'un franc intéressant à la fois la paroi antérieure du segment inférieur de l'utérus et la paroi postérieure de la vessie de telle façon qu'elle atteint l'embouchure de l'uretère gauche. Cette eschare aurait été infailliblement l'origine d'une fistule urétéro-

vésico-utérine. Au niveau même de l'eschare, la paroi antérieure de la vessie ne présente qu'une tache ecchymotique ayant les mêmes dimensions.

Comme dans la plupart des observations de ce genre la malade n'avait pas été sondée et, à son arrivée à l'hôpital, sa vessie était distendue.

M. Couder demande pourquoi la paroi vésicale antérieure est lésée moins profondément que la paroi vésicale postérieure et que la paroi utérine alors que ces trois parois comprimées entre la tête et les pubis devraient supporter une pression égale; peut-être est-ce parce que la première repose sur la surface large et à peu près plane des pubis tandis que les deux autres, plus directement en rapport avec une surface convexe, la tête, reçoivent une compression plus localisée et par suite plus nuisible.

M. CORNIL fait observer que la surface interne de l'utérus est verdâtre et presque putrilagineuse; la septicité doit s'être ajoutée à la compression pour produire la mortification; les microbes puisés dans la cavité utérine se sont propagés rapidement de la paroi utérine à la paroi vésicale postérieure qui lui est adossée immédiatement et qui est presque en continuité de tissu avec elle. Au contraire ils n'auraient pu parvenir à la paroi antérieure qu'après avoir traversé la cavité vésicale inférieure de l'utérus et la paroi postérieure de la vessie.

Cancer de l'estomac; cancer secondaire du foie, avec microsplénie, par MM. TISON et DESCOINGS.

G..., 45 ans, menuisier.

Antécédents héréditaires nuls. Dans ses antécédents personnels, on relève deux atteintes de rhumatisme articulaire. Début de la maladie, il y a huit mois, points douloureux au creux épigastrique et inter-scapulaire, perte de l'appétit et des forces; ni vomissements, ni constipation, ni diarrhée; le malade est devenu rapidement cachectique, il y a 3 mois qu'il garde complètement le lit. A cette époque on ne trouvait pas, paraît-il, la cause de sa cachexie.

Peu après, une tumeur a commencé à paraître sous les fausses côtes gauche; cette tumeur, douloureuse, a continué d'augmenter de volume. Vers le 8 juin 1889, G. est devenu subitement beaucoup plus malade; fièvre, douleur très aiguë dans l'hypocondre droit empêchant absolument le décubitus latéral droit, développement rapide du ventre.

G... entre à l'hôpital St-Joseph, dans le service de M. Tison, 21 juin 1889.

Etat aigu: température oscillante de 38° à 39°. Teint cachectique peau terreuse. Ventre gros, étalé. Circulation veineuse collatérale très développée. Œdème de la paroi abdominale. Foie dur, bosselé à bord irrégulier, gros (15 c. de hauteur); tumeur plus saillante so-

les fausses côtes gauches, tout près de la ligne médiane et appartenant évidemment au lobe gauche. La paroi abdominale est distante de la surface du foie. Par la pression on arrive à toucher le foie, en éprouvant une sensation analogue à celle que donne le ballotement fœtal. Bruit de gorgoulement au niveau de l'estomac. On perçoit très nettement, par ce genre d'exploration, les irrégularités et les bosselures qui se trouvaient sur la face antérieure du foie, dont le bord descend jusqu'à l'ombilic. Matité splénique très peu étendue. Bruit de gorgoulement au niveau de l'estomac, tympanisme abdominal et ascite peu considérable. Œdème des membres inférieurs, qui a paru il y a 15 jours environ. Urines foncées, réaction acide; densité 1025; elles contiennent beaucoup de sels; mais, ni sucre, ni albumine. Appareil respiratoire normal, premier bruit du cœur un peu soufflant au foyer mitral. On fait le diagnostic de cancer secondaire du foie, sans qu'on puisse, d'après les symptômes, indiquer l'organe primitivement atteint, les troubles digestifs ne sont pas suffisants pour incriminer l'estomac.

Même état jusqu'au 26, où le malade meurt en quelques instants, cinq jours après son entrée à l'hôpital.

AUTOPSIE le 28. — Adhérences pleurales. Poumons sains. Cœur flasque, dilaté; pas de lésions d'orifices, il pèse 280 gr. 2 litres environ de liquide ascitique dans l'abdomen. Péritonite généralisée, anses intestinales très distendues, recouvertes d'un exsudat épais de 4 à 5 millim, et adhérentes entre elles.

Le foie renferme beaucoup de noyaux cancéreux, de volume variable; attaché au lobe gauche, une tumeur de 10 cent. de diamètre, qui fait sur le reste du viscère une saillie de 2 à 3 cent.; cette saillie répond à la tumeur saillante sous les fausses côtes gauches.

Le foie pèse 4570 gr, et la coupe des nodules donne par le raclage du suc cancéreux. La rate est petite, elle pèse 125 gr. Les reins sont probablement atteints de dégénérescence amyloïde, car la teinture d'iode détermine des îlots fixes.

La capsule est adhérente par endroits; le rein droit pèse 140 gr; le gauche, 144 gr.

Le pancréas est sain. L'estomac est dilaté et rempli de matières alimentaires non digérées. Au niveau du petit cul-de-sac, et sur la face antérieure, on voit une plaque cancéreuse, circulaire, d'un diamètre de 10 centimètres, nettement limitée par un bourrelet saillant d'un centimètre qui arrive jusqu'au pylore sans l'envahir et le rétrécir. La situation de cette plaque à la paroi antérieure de l'estomac qui était lui-même complètement recouvert par le foie, explique suffisamment que l'exploration de cet organe n'ait fourni aucun renseignement sur le vivant.

Les ganglions abdominaux sont dégénérés, très augmentés de volume; au niveau de la plaque cancéreuse de l'estomac, ils forment avec celui-ci une grosse masse adhérente à la paroi. L'intestin est sain.

Vessie, testicules, système osseux, sains. Cerveau sain; un d'hydropisie des méninges.

Nous avons présenté à la Société anatomique les pièces provenant de cette autopsie, par opposition à celles que nous

avons présentées il y a un mois : alors que nous avions un cancer primitif du foie et une grosse rate, tandis qu'ici nous avons un cancer secondaire avec une petite rate.

Deux pièces d'oblitération sénile du vagin, par le Dr H. CHAPUT, chirurgien des hôpitaux

Ces deux pièces appartiennent à des femmes très âgées disséquées en 1888 à l'Ecole pratique.

1^{re} PIÈCE. — Le vagin, très court et très étroit, mesure comme hauteur 3 cent. 1/2 pour la paroi antérieure et 4 cent. pour la postérieure. Sa circonférence à la partie moyenne égale 5 cent. Il se termine brusquement en un cul-de-sac au niveau duquel les deux parois sont accolées. Il y a quelques vestiges d'adhérences entre ces deux parois. La distance qui sépare le cul-de-sac vaginal de la cavité utérine est d'environ 12 cent. L'utérus mesure 7 cent. de haut. La cavité du corps n'est pas modifiée, celle du col est très dilatée et remplie d'un liquide muqueux et filant caractéristique des sécrétions cervicales. On y aperçoit quelques traces de l'arbre de vie.

2^e PIÈCE. — Le vagin mesure 7 centim. de haut sur les deux parois. Sa circonférence égale 7 centim. à la partie moyenne. Le fond se termine en cul-de-sac analogue à celui de la 1^{re} pièce. La distance qui sépare le cul-de-sac vaginal de la cavité utérine est d'environ 12 centim. L'utérus mesure 10 centim. 1/2 de hauteur, un petit fibrome sous-péritonéal du volume d'un pois siège sur le fond à gauche. La paroi du corps mesure 7 à 8 mill. d'épaisseur. La cavité du corps est peu modifiée. L'orifice interne du col a 1 centim. de longueur, l'orifice externe 2 centim. La cavité intermédiaire mesure 17 millim., elle présente un arbre de vie très accentué.

RÉFLEXIONS. — Étant données la fréquence des oblitérations séniles de la cavité utérine, et celle de l'effacement sénile du col utérin, si bien connu en clinique, nous n'hésitons pas, en raison de l'âge avancé de ces sujets à admettre une oblitération d'ordre sénile.

Le mécanisme intime de ces lésions est difficile à formuler. S'agit-il d'une simple atrophie du col en hauteur accompagnée d'oblitération de l'orifice externe? S'agit-il au contraire d'une adhérence entre les deux parois vaginales enflammées ou d'un mélange des deux processus? La première hypothèse me paraît la plus vraisemblable. On ne saurait admettre comme une objection, ce fait que le cul-de-sac du vagin paraît fermé par l'adhérence d'une paroi antérieure et postérieure. En effet, cet aspect peut s'expliquer en admettant une large fente transversale du col si fréquente chez les multipares. Ajoutons que l'inflammation fréquente et tenace de

ces cols déchirés expliquerait à merveille la tendance à l'oblitération. L'oblitération est nécessairement suivie d'une dilatation en amont du canal cervical distendu par ses propres sécrétions. Il est curieux de voir que la dilatation ne gagne pas la cavité du corps de l'utérus.

Vice de conformation du membre supérieur. — Absence apparente du coude, avant-bras et main. — La main mesurant à peine 1 centim. de largeur est appliquée à la partie inférieure et externe du bras. Elle est reliée aux parties profondes par un cordon fibreux. — Probablement amputation congénitale, par le Dr CHAPUT, chirurgien des hôpitaux.

Il s'agit d'une pièce trouvée à l'École pratique en 1888. Le sujet, âgé de 55 ans environ, paraissait avoir été amputé du bras gauche.

Le moignon était conique, sans adhérence de la peau à l'os. Pas de trous de cicatrice mais au sommet du cône la peau était un peu modifiée dans sa couleur et son aspect.

A 5 centim. de l'extrémité du moignon, couchée sur la partie externe, se trouvait une petite saillie aplatie, large environ d'un centim. 1/2, épaisse de 3 à 4 millim. haute d'un 1/2 centimètre, terminée par 4 à 5 mamelons très petits (1 ou 2 millim.) et garnie d'ongles rudimentaires à leur sommet.

Cette petite saillie, quoique molle de consistance, avait les caractères d'une main rudimentaire; à la palpation on la sentait reliée aux parties profondes par un pédicule de consistance fibreuse.

La dissection a montré un biceps atrophié dont le tendon aplati et aminci se confondait avec une calotte fibreuse recouvrant l'extrémité inférieure de l'humérus. Le brachial antérieur et le biceps plus atrophiés encore sont entièrement fibreux dans l'étendue de trois travers de doigt, ils se terminent comme le biceps. Peu d'anomalies, vasculo-nerveuses. Le musculo-cutané ne perce pas le coraco-brachial, il est peu diminué de volume. Il n'en est pas de même du médian cubital, radial, beaucoup plus atrophiés que le brachial cutané interne. Tous ces nerfs sont très diminués de volume, en bas ils sont tellement grêles qu'on a grand'peine à les suivre. L'humérus est étalé à son extrémité inférieure qui représente un prisme triangulaire à sommet supérieur. La base du prisme regarde en avant par suite de l'incurvation en avant de l'extrémité humérale; sur la base du prisme qui termine en bas l'humérus, on distingue une base interne et un sommet externe. Il existe des mamelons irréguliers qui échappent à toute description. L'extrémité de l'humérus est coiffée par une coque fibreuse où s'insèrent tous les muscles. Cette coque est séparée de la peau par une très grande bourse séreuse large environ de 2 centim. L'humérus est un peu atrophié; il mesure environ 22 centim. de longueur.

RÉFLEXIONS. — Au premier abord on pourrait croire en regardant ce moignon qu'il s'agissait d'amputation acquise,

chirurgicale, mais l'absence absolue de cicatrice devait faire éliminer cette hypothèse.

Cette dernière constatation était un argument en faveur de l'origine congénitale, et cette supposition me paraît devenir une certitude étant donnée la constatation du rudiment de main. Ajoutons que l'extrémité inférieure de l'os n'a nullement les caractères d'une section par la scie et enfin qu'il serait tout à fait extraordinaire qu'une amputation du bras fut exécutée aussi bas.

A mon avis, la genèse de cette malformation peut s'expliquer par un étranglement du membre pendant la vie intra-utérine par un bride amniotique ou par le cordon ombilical. L'amputation n'a pas été tout à fait consommée puisqu'il existe un rudiment du membre constitué par la main et le cordon fibreux qui en part. Il est probable que ces vestiges ont été, du fait de l'agent constricteur déviés en dehors; plus tard, le bras augmentant de longueur, ils ne se sont plus trouvés correspondre à l'extrémité terminale du bras.

Remarquons enfin une preuve en faveur de la suractivité du cartilage épiphysaire restant sur laquelle a récemment insisté M. Ollier. En effet notre humérus ne présente qu'une faible diminution de longueur.

ÉLECTION

M. GIBOTTEAU est nommé membre correspondant.

JUILLET

Séance du 5 juillet 1889.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL

Lymphangite cancéreuse.

M. DE ST-GERMAIN montre un cancer primitif du foie accompagné de lymphangite pleurale probablement cancéreuse.

M. LETULLE. L'étude de ces lymphangites est très intéressante parce que la question, posée par M. Raynaud à la Société médicale des hôpitaux, n'est pas encore absolument élucidée. On ne sait pas encore bien nettement s'il s'agit de lymphatiques simplement enflammés ou de lymphatiques cancéreux.

M. CORNIL. J'ai examiné des cas de ce genre. On trouve les vaisseaux lymphatiques remplis de grosses cellules, dont les périphériques sont rangées régulièrement sur plusieurs couches, les centrales sont au contraire disséminées sans ordre. Les conduits lymphatiques offrent absolument l'aspect des canaux galactophores dans le cancer du sein, et pour moi ces altérations sont de nature cancéreuse.

Thrombose artérielle chez un sujet tuberculeux. Dégénérescence amyloïde, par H. MALLET. *Examen histologique et bactériologique*, par H. VAQUEZ.

Der... Floride, couchée au n° 12 de la salle Maurice Raynaud, à l'hôpital Tenon, dans le service du Dr Letulle, était atteinte de tuberculose pulmonaire à marche lente.

On avait en outre diagnostiqué la dégénérescence amyloïde, étant donné le volume considérable du foie, facilement appréciable par la percussion et la palpation, ainsi que la présence d'une forte proportion d'albumine dans les urines. L'état cachectique était extrêmement prononcé.

Dans les derniers jours de son existence, la malade se plaint d'une vive douleur dans le bras gauche. On constata alors que les extrémités digitales étaient froides et violacées. Le pouls radial n'était plus perceptible, mais on sentait nettement encore battre l'artère humérale. Le lendemain la teinte cyanique et les marbrures ainsi que l'abaissement de la température s'étendaient à toute la main puis remontaient progressivement jusqu'au moignon de l'épaule. A ce moment les battements de l'humérale et de l'axillaire avaient disparu.

La mort survint dans cet état, sans qu'il se fut produit de bulles ou de plaques gangréneuses. L'évolution des troubles artériels avait duré en tout de cinq à six jours.

L'AUTOPSIE fournit les résultats suivants :

Encéphale. — Méninges un peu épaissies. Protubérance et bulbe sains, ainsi que les hémisphères cérébraux. Poids, 1200 gr. Artères cérébrales non athéromateuses.

Poumon droit. — Enorme caverne occupant tout le lobe supérieur. Le lobe supérieur est parsemé de cavernes lisses ; le parenchyme qui les sépare est sclérosé, très dur, formé de travées blanchâtres avec des infiltrations anthracosiques.

Poumon gauche. — Tuberculose moins avancée dans le lobe supérieur. Œdème du lobe inférieur ; emphysème suivant le bord antérieur.

Intestin grêle. — Pas d'ulcérations ni d'adhérences.

Ovaires et utérus. — Libres et sains.

Rate. — Poids 210 gr. Très ferme. Dégénérescence amyloïde tout à fait manifeste. Sur la coupe, pas de lésions tuberculeuses appréciables.

Reins. — Volumineux. L'un pèse 195 l'autre 230 gr. Capsule adhérente sur un grand nombre de points. Très fermes. La substance corticale est d'un blanc jaunâtre pâle. La substance pyramidale offre un ton jambonné qui tranche nettement sur la coloration blanche. Pas trace de lésions tuberculeuses. Aspect amyloïde.

Capsules surrénales. — Un peu augmentées de volume ; très fermes.

Foie. — Pas très volumineux. Capsule lisse. Aspect muscade. Très friable quoique grassex. Pas de lésions tuberculeuses ni d'aspect amyloïde.

Cœur. — 195 gr. petit ; pas de dépôts grassex. Pas de caillots anciens dans les cavités du cœur gauche. Les valvules sont saines ; le myocarde est ferme, de couleur foncée, ne semble pas altéré.

Système artériel. — L'aorte n'est que très peu athéromateuse. A l'origine même de la sous-clavière gauche, on trouve un bouchon fibrineux grisâtre, récent, bourgeonnant, et qui oblitère complètement l'orifice de l'artère. Il semble que ce caillot, arrondi et ne dépassant pas le volume d'une petite noisette, n'adhère que par une petite surface à la partie postérieure de la paroi artérielle.

Accolé aux parois de l'artère, en un point qui correspond au caillot,

on trouve un petit ganglion lymphatique induré, chroniquement enflammé.

Examen histologique. — La sous-clavière présente un épaississement notable de l'endartère, précisément au niveau de la petite masse ganglionnaire qui vient d'être signalée. C'est sur la saillie même du point atteint d'endartérite chronique que le caillot fibrineux s'est inséré. Les espaces plasmatiques ménagés entre les lames de l'endartère épaissi sont élargis sur un certain nombre de points et les cavités ainsi formées sont remplies de fibrine fibrillaire et de cellules gorgées de graisse. Les cellules plasmatiques du voisinage ont proliféré. L'endartérite date d'un certain temps, car les fibrilles fondamentales sont épaissies d'une manière notable sans qu'il y ait une prolifération extrêmement développée des cellules intermédiaires. Ces lésions ne présentent aucun des caractères de l'artérite tuberculeuse. Le tissu conjonctivo-vasculaire péri-artériel est quelque peu épaissi, sans présenter toutefois des lésions bien marquées. Le ganglion lymphatique adjacent à l'artère ne lui adhère pas intimement, ce qui prouve que les lésions artérielles, si elles sont secondaires à l'adénite chronique voisine, ne semblent pas avoir été produites par propagation de l'inflammation du ganglion à l'artère. L'adénite chronique dont il est atteint est banale ; les espaces péri-folliculaires sont remplis de grosses cellules chargées sur nombre de points, de pigment noir. On ne trouve dans le ganglion aucun des caractères de l'adénite tuberculeuse.

Le foie est atteint de dégénérescence graisseuse et amyloïde. L'accumulation de la matière amyloïde se fait, d'une façon générale, non seulement dans les parois artérielles, mais aussi dans la portion des capillaires sanguins intermédiaire entre les îlots graisseux et les parties des trabécules hépatiques encore respectées. La graisse est surtout déposée autour des espaces portes.

La rate, la capsule surrénale et le rein sont envahis par une dégénérescence amyloïde très marquée.

On constate également l'amyloïde dans les différentes parties du cœur. La dégénérescence est disséminée ; elle occupe totalement ou partiellement un nombre modérément abondant de petites et de moyennes artères.

Notre collègue et ami Vaquez a bien voulu se charger de l'examen des pièces au point de vue bactériologique.

« Nous avons examiné au point de vue bactériologique les pièces que notre maître, M. le Dr Letulle a bien voulu nous confier et qui ont été présentées à la Société par notre collègue Mallet.

L'autopsie avait été commencée par nous quelques heures après la mort, afin d'entreprendre nos recherches avec le plus de sécurité possible. A cet effet nous primes plusieurs fragments de l'artère thrombosée et en procédant avec toutes les précautions habituelles d'asepsie, nous fîmes des cultures avec différentes parcelles de tissus et liquides recueillies aux divers points de la thrombose.

Disons tout d'abord qu'il ne nous fut possible de recueillir que des fragments de l'artère axillaire et de l'artère humérale au pli du coude. L'artère sous-clavière ne put nous être confiée que le lendemain.

Dans l'artère axillaire il n'y avait pas d'adhérence du caillot à l'artère, dans l'humérale au pli du coude il y avait adhérence aux parois de l'artère et cette adhérence paraissait de date récente.

Dans l'un et l'autre point nous essayâmes de faire des cultures ; 1° avec des parcelles retirées du centre même du caillot ; 2° avec les produits de raclage de la surface interne de l'artère.

Une seule de nos cultures donna un résultat positif. Elle avait été produite par l'ensemencement des parcelles de tissu retirées de la surface interne de l'humérale au pli du coude.

La culture obtenue, faite sur agar-agar en surface inclinée, reproduisait point pour point les cultures du streptococcus de l'érysipèle et l'examen microscopique y montrait le développement de chaînettes plus ou moins complètes. On trouvait aussi les formes de diplocoques.

Nos examens bactériologiques ont porté sur les deux fragments d'artère que nous avons pris pour les cultures et aussi sur l'origine de l'artère sous-clavière.

L'artère sous-clavière gauche était, comme nous savons, oblitérée à son origine même par un caillot de date récente et qui s'étendait jusque vers l'axillaire.

En faisant une section dans le sens du courant sanguin, nous pûmes constater qu'il n'y avait à l'origine qu'un très faible rétrécissement de calibre et que celui-ci était occasionné par la présence, dans la tunique externe de l'artère, d'un petit ganglion dur de la grosseur d'une noisette environ.

Ce petit ganglion se trouvait exactement situé dans l'angle formé par l'abouchement de la sous-clavière dans l'aorte et il soulevait légèrement les parois de la première.

En faisant des coupes à ce niveau, nous étions sûr de réunir les meilleures conditions pour arriver à un résultat positif dans nos recherches. Nous avons toute chance, en effet, de nous trouver au point de départ exact de la coagulation. L'aspect du caillot, le rétrécissement extrêmement léger de l'artère, la présence du ganglion, tout semblait faire présumer que le thrombus s'était formé en ce point. M. Widal a montré, en effet, dans ses recherches sur la phlegmatia de la puerpéralité, que l'examen bactériologique, pour être fructueux, devait porter sur le caillot autochtone et surtout au point primitif de la coagulation. Or il y a toujours une grande difficulté à trouver ce point d'une façon exacte.

D'autre part la date récente de la production de la thrombose était pour nous une chance excellente de réussite.

Les coupes portant sur l'origine de la sous-clavière ont été traitées par la méthode de Weigert. Nous avons pu constater la présence de micro-organismes, pour la plupart dans la tunique externe de l'artère. Ces micro-organismes étaient disposés en chaînettes de 8 à 12 éléments pour la plupart, quelques-uns apparaissaient sous forme de diplocoques et certains même étaient associés par quatre, faisant penser au micrococcus tetragenus (1).

On rencontrait principalement ces micro-organismes dans les vasa-vasorum de l'artère, au milieu des éléments sanguins, mais prédominant surtout au niveau de la face interne du capillaire. Sur certains

(1) Le streptococcus pyog. peut aussi se réunir par 4 éléments de tel sorte qu'en l'absence de cultures positives en ce point il ne nous est pas possible d'affirmer le genre de ces micro-organismes.

coupes, les chaînettes traversaient les parois du capillaire et commençaient déjà à se répandre dans la tunique externe. Dans leur voisinage, on pouvait déjà constater la présence de dépôts fibrineux, témoignage de la réaction inflammatoire, suivant que M. le Dr Letulle l'a décrit dans sa communication. Sur d'autres coupes, les micro-organismes envahissaient la tunique moyenne de l'artère et nous avons pu retrouver des chaînettes, moins complètes à vrai dire entre les fibres musculaires de cette tunique. Enfin sur la face interne, au point où la coagulation a pris naissance, on retrouve une nature encore plus riche de microcoques, soit en masses zoogléiques soit en diplocoques, rarement en chaînettes.

Ces micro-organismes ne se retrouvent pour ainsi dire plus au centre du caillot.

Des coupes faites au niveau de l'axillaire ne nous décelèrent la présence d'aucun micro-organisme. Au contraire, nous retrouvâmes des microcoques sur la paroi interne de l'humérale au pli du coude, au point de la coagulation plus récente. Des cultures faites à ce niveau nous avaient donné un résultat positif.

En aucun point il ne fut possible de retrouver le bacille de Koch.

Il s'agit donc bien dans ce cas d'une infection secondaire analogue à celle que Dunin a rencontrée dans une phlegmatia alba dolens suite de fièvre typhoïde.

Cette infection était produite par la pullulation, au niveau du point thrombosé, du streptocoque pyogène. La présence du tetragnus doit-être laissée dans le doute, encore bien que les cavernes tuberculeuses en possèdent fréquemment. Nous pouvons en effet supposer d'une façon légitime que la voie d'infection a été chez notre malade une des cavernes nombreuses rencontrées à l'autopsie.

Une dernière question peut être posée. L'infection s'est-elle produite par la présence primitive des micro-organismes sur la paroi interne de l'artère? S'est-elle faite de proche en proche par les tuniques de l'artère et par l'intermédiaire des vasa-vasorum? C'est une question qui ne peut être encore complètement élucidée, et cependant l'absence presque complète de micro-organismes au centre d'un caillot récent, la présence de chaînettes bien constituées dans la tunique externe nous feraient pencher pour la seconde hypothèse.

Nous avons d'ailleurs l'intention de revenir sur cette question d'une façon plus précise dans un travail à venir.

Il nous suffit d'appeler l'attention aujourd'hui sur l'origine infectieuse de certaines thromboses dites marastiques ou de cachexie. »

Occlusion intestinale chez un homme de 20 ans ; laparotomie, mort. Cancer annulaire siégeant sur l'S iliaque ; examen histologique : épithélioma cylindrique, endartérite annulaire sous-jacente, par H. LEGRAND, interne des hôpitaux, aide préparateur d'histologie à la Faculté.

Le nommé Sev..., raffineur, âgé de 20 ans, entre à l'hôpital Saint-toine, service de M. le professeur Dieulafoy le 1^{er} juin 1886. l'abdomen est énormément gonflé ; le malade se plaint de douleurs vives qu'il ne peut localiser ; il n'a pas été à la garde-robe depuis

10 jours, et n'a pas rendu de gaz par l'an us depuis 4 jours ; il a vomi deux ou trois fois des aliments mêlés de matières bilieuses sans odeur spéciale.

Sauf un peu de constipation habituelle, sa santé antérieure était, nous dit-il, très bonne ; il a une robuste apparence. Le ventre est très volumineux, ovoïde, lisse ; la sonorité tympanique est égale partout ; de temps à autre des mouvements se produisent dans l'intestin dont on voit les anses se déplacer sous la peau avec borborygmes sonores.

Le visage est un peu tiré, mais l'état général bon ; le pouls assez fort ; la température 37°², sans refroidissement des extrémités.

Le diagnostic d'occlusion intestinale s'impose, mais quelle en est la cause ? Les trajets des hernies fréquentes ou rares sont explorés sans résultat ; le toucher rectal ne dénote aucun rétrécissement accessible, l'an us présente quelques hémorroïdes de petit volume. La palpation, la percussion ne révèlent absolument rien. Les antécédents du malade n'en disent pas davantage. Jamais il n'a fait de grande maladie ; pas de fièvre typhoïde, de dysenterie, ni de péritonite ; pas de syphilis. Jamais il n'a eu d'hématémèse ni de méléna. Pas d'état nerveux spécial ; l'auscultation du poumon est tout à fait normale. Pas de saturnisme. Depuis trois ou quatre mois environ, il est ordinairement un peu constipé ; même, en janvier dernier, il entra à la Pitié pour cette constipation, mais il en est sorti au bout de 24 heures, guéri sans aucun traitement. Depuis ce temps, il a eu souvent des coliques, parfois assez fortes, localisées tantôt à l'ombilic tantôt vers la partie gauche de l'abdomen, où l'on trouve la trace d'un vésicatoire. Il a eu des alternatives de constipation et de diarrhée, et dans les derniers temps, les matières ont été ovillées. Il a pris force lavements et purgations sans aucun résultat, surtout depuis dix jours.

2 juin. Le lendemain matin M. Dieulafoy confirme le diagnostic d'occlusion intestinale, et précise le siège dans l'S iliaque en raison de la tension uniforme du ventre, de l'absence de vomissements, et de la persistance d'un état général relativement bon après un arrêt aussi long des évacuations solides et gazeuses.

La nature de l'obstacle reste impossible à préciser ; cependant, vu l'absence de tous commémoratifs, sauf la constipation et une douleur sourde siégeant à gauche, et *malgré l'âge du malade* (20 ans), M. Dieulafoy pense que l'on pourrait fort bien se trouver en présence d'un *rétrécissement cancéreux annulaire*. Divers traitements furent essayés pendant cette journée : huile de ricin à haute dose, lavements gazeux, électrisation de l'intestin avec la sonde de Boudet, bains prolongés. Résultat nul. Les lavements liquides ressortaient aussitôt ; une très petite quantité de liquide pouvait pénétrer dans le rectum, confirmant ainsi le diagnostic du siège de l'obstacle vers la région de l'S iliaque.

3 juin. Le malade vomit des matières fécaloïdes ; ces vomissements deviennent incessants à partir de midi. Facies grippé, refroidissement périphérique.

L'intervention est urgente ; M. Richelot fait une laparotomie à 4 heures de l'après-midi. Incision de l'ombilic au pubis : à ce moment issue de gaz fétides. L'intestin est rouge foncé, très congestionné. L'exploration avec la main ne donnant encore aucun résultat, on pro-

longe l'incision jusqu'à l'appendice xiphoïde. L'intestin est alors sorti de l'abdomen avec toutes les précautions antiseptiques voulues ; dans la cavité pelvienne, on trouve alors une petite quantité de matières fécales épanchées.

L'exploration de l'S iliaque fait bientôt reconnaître un rétrécissement annulaire de l'intestin, très induré à ce niveau, rétracté au-dessous, énormément dilaté au-dessus. Une petite perforation existe à peu de distance au-dessus de l'obstacle, au milieu d'une plaque desphacèle. M. Richelot pratique une suture invaginée de l'intestin à ce niveau. Une autre petite plaque grisâtre située à quelque distance nécessite la répétition des mêmes sutures minutieuses, et M. Richelot *qui avait l'intention de réséquer l'anse intestinale rétrécie* par cette tumeur qui paraissait bien limitée et sans propagation ganglionnaire mésentérique, se voit forcé, à cause de l'état gravement compromis du malade, de terminer rapidement l'opération par la création d'un anus artificiel iliaque. Mort peu de temps après l'opération.

AUTOPSIE. — Nous avons trouvé à 40 centimètres de l'anus, sur l'S iliaque, en un point de l'intestin qu'un méso très court rattache de près à la paroi postérieure, un rétrécissement parfaitement annulaire, entraînant les tuniques de l'intestin pour former une gouttière circulaire concave en dehors. Au-dessus de l'obstacle, l'intestin est énormément dilaté ; ses parois sont épaissies, lisses, assez fermes. Au-dessous, il est au contraire rétracté, plissé : les parois sont minces. Le péritoine est vivement enflammé par les matières fécales épanchées. Après avoir réséqué l'S iliaque à quelque distance au-dessus et au-dessous de l'obstacle, nous avons constaté que de l'eau versée soit par le bout inférieur soit par le bout supérieur, ne s'écoulait que lentement et goutte à goutte, ce qui indiquait une atrésie presque complète.

L'intestin fut alors fendu en long. Le rétrécissement était formé par un bourrelet circulaire, régulier, non ulcéré, d'aspect un peu rugueux au sommet ; aucun corps étranger n'était arrêté dans le pertuis.

L'épaisseur de cette espèce de pylore ne dépassait pas 1 cent 1/2 dans le sens longitudinal ; son examen de dehors en dedans était d'un centimètre environ. Sur la coupe, on distingue les couches externes de l'intestin, attirées vers son axe, et en dedans un tissu lardacé, lacunaire, se confondant avec la muqueuse dont l'épaisseur augmente progressivement et se fond sans limite bien tranchée avec la tumeur.

Les ganglions des diverses régions du corps ne nous ont montré aucune augmentation de volume, ni aucune altération, du moins à l'œil nu.

Tous les autres viscères nous ont paru parfaitement sains.

Examen histologique. — La tumeur a été conservée dans l'alcool avec des portions d'intestin recueillies au-dessus et au-dessous de la lésion. Grâce à l'inclusion dans le collodion, nous avons pu faire des coupes comprenant non seulement toute l'épaisseur de l'intestin depuis sa surface interne jusqu'au péritoine, mais encore la totalité de la tumeur en longueur. D'autres coupes ont porté sur les parties étachées au voisinage de l'obstacle.

Les préparations qui comprennent toute l'épaisseur de la tumeur montrent la *continuité insensible* du tissu pathologique avec le

reste de la muqueuse de l'intestin, aussi bien au-dessus qu'au-dessous du rétrécissement annulaire. A partir d'un certain point, les glandes en tube normales pour la forme et la dimension s'hypertrophient, se déforment; leur cavité se remplit de débris granuleux, ou bien les cellules subissent la dégénérescence muqueuse, ou bien on voit des noyaux et des cellules plus abondantes; le contour des glandes devient irrégulier, festonné, en jeu de patience; d'autres sont dilatées en utricules; en les prenant individuellement ce sont des *adénomes*.

Le tissu interstitiel est un peu enflammé; le fond des culs-de-sac déprime la couche musculaire de la muqueuse. Puis cette couche est perforée, et les culs-de-sac musculaires trouvant un terrain plus perméable s'enfoncent, se ramifient probablement, semblent former des prolongements qui tantôt sont droits, parallèles; filent à une grande distance à travers le tissu conjonctif sous-muqueux épaissi et un peu condensé, à travers les faisceaux dissociés de la tunique musculuse; tantôt ces boyaux épithéliaux sont flexueux, coudés, contournés en tous sens, de sorte que la coupe présente leur section ovale ou circulaire.

L'ensemble du tissu prend donc tantôt un aspect lacunaire à mailles allongées, parallèles; ou bien il représente des alvéoles arrondis, serrés les uns contre les autres. Toutes ces cavités sont tapissées par des palissades de cellules cylindriques, à protoplasma clair, à noyau volumineux situé près de la base d'implantation. Ces tubes épithéliaux n'ont pas de paroi propre, au moins dans les parties profondes, leur lumière est libre; ou bien elle est dilatée en petits kystes remplis de matière colloïde et de débris cellulaires. Dans les parties profondes, les tubes se terminent souvent par un bourgeon plein, formé de cellules plus jeunes, rondes, à gros noyau clair. En un point, il existe une nappe sanguine provenant d'une hémorrhagie interstitielle.

Ce tissu pathologique, tout à fait classique dans son aspect, occupe la couche muqueuse, la sous-muqueuse hypertrophiée, et un bon nombre de boyaux épithéliaux se glissent presque dans la tunique musculuse. Nous n'en avons pas trouvé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, qui est un peu chargé de graisse et ne présente pas d'inflammation interstitielle.

En examinant ce tissu, notre attention a été attirée sur les artères, qui, chacun le sait, affectent sur l'intestin une disposition annulaire. Juste au niveau du néoplasme, on trouve deux trous artériels coupés perpendiculairement à leur diamètre, plus ou moins volumineux suivant que la coupe a porté sur un point plus ou moins rapproché du mésentère.

Ces artères sont atteintes d'*endarterite*, caractérisée par une prolifération considérable des cellules plates de leur couche interne; la lumière persiste cependant et ne contient pas de caillot. La couche élastique interne est intacte; la tunique moyenne et l'externe ne présentent aucune lésion; nous n'avons vu enfin aucune inflammation, ni aucun boyau épithéliomateux au voisinage immédiat de l'artère sur un grand nombre de coupes.

Dans les préparations provenant des régions de l'intestin situées au-dessus et au-dessous de la tumeur, les artères nous ont paru absolument saines.

REFLEXIONS. — Il s'agit en résumé d'un cancer annu-

laire de l'S iliaque dont le type histologique est l'épithéliome cylindrique d'origine glandulaire. Le cancer primitif de l'intestin n'est pas rare. La thèse de Hausmann (Paris, 1882), nous a paru le travail d'ensemble le plus récent sur ce sujet ; elle montre même que de toutes les formes, de toutes les localisations, c'est le cancer annulaire de l'S iliaque qui a été, et de beaucoup, la plus fréquemment observée. Nous ajouterons même que la forme d'épithéliome cylindrique est reconnue par MM. Cornil et Ranvier pour la plus ordinaire. Nous avons voulu toutefois publier cette observation à cause de l'intérêt que lui donne *la jeunesse* du malade qui en est l'objet. La partie clinique montre avec quelle rapidité évoluent des lésions irrémédiables sous le couvert d'un calme relatif. Il appartient à de plus autorisés de discuter les indications de la laparotomie précocée ; mais les progrès de la chirurgie abdominale légitiment assurément l'intervention à bref délai ; notre collègue M. Baudouin, rapportait récemment un brillant succès de son maître, M. Terrier, dans un cas analogue (*Progrès médical*, 1889), et sans l'altération et la perforation de l'intestin, notre malade aurait sans doute été sauvé.

Enfin, sans vouloir baser sur ce point une hypothèse pathogénique anticipée, il est intéressant de signaler cette *coïncidence d'un épithéliome annulaire d'origine glandulaire et adénomateuse, et d'une endartérite dans un vaisseau affectant lui-même une disposition annulaire*. La cause de cette endartérite locale nous échappe, il est vrai, complètement.

Il serait intéressant d'en rapprocher d'autres observations concernant des tumeurs de l'intestin, de l'estomac ou d'autres glandes ; mais, dans ce but, il convient d'examiner les tumeurs très jeunes, c'est-à-dire *au début de leur évolution*.

Dissection d'un doigt à ressort, par M. FRANCIS VILLAR, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Sur un sujet (femme) de 24 ans environ, servant aux exercices de médecine opératoire, pendant l'été 1887, nous avons pu constater que le doigt annulaire présentait dans son fonctionnement les phénomènes dits du doigt à ressort : en effet, la flexion de la deuxième phalange sur la première et de celle-ci sur le métacarpien s'exécutait d'une façon à peu près normale ; mais, laissait-on le doigt libre, dans cette position, la deuxième phalange restait fléchie sur la première. Cherchant alors à redresser le doigt ainsi fléchi, on sentait le mouvement d'extension se trouver un peu entravé et qu'il fal-

lait une certaine force pour vaincre la résistance qui s'opposait à l'extension ; ajoutons que le passage de la flexion à l'extension se faisait brusquement.

Nous avons plusieurs fois répété cette expérience, et le résultat a toujours été le même.

La dissection du doigt que nous avons pratiquée avec grand soin ne nous a pas révélé les lésions généralement attribuées au doigt à ressort :

Les tendons extenseurs et fléchisseurs étaient normaux ; les ligaments de l'articulation de la première avec la deuxième phalange n'offrait aucune altération appréciable ; enfin les tissus péri-articulaires étaient tout à fait sains.

Par contre, la tête de la première phalange était, à sa partie postérieure, un peu plus volumineuse que celle des autres doigts.

Ainsi donc, le phénomène du doigt à ressort semble dû dans ce cas particulier, à une disposition spéciale des surfaces articulaires ; il s'agissait ici d'une variété de doigt à ressort d'origine osseuse.

Telle est la conclusion que nous pouvons tirer de notre examen anatomique (1).

RÉFLEXIONS. — La pathogénie du doigt à ressort est encore fort discutée et l'on se souvient qu'au mois de février dernier M. Poirier faisait devant la Société (2) une très intéressante communication sur la théorie articulaire laquelle, d'après l'auteur, devrait supplanter l'ancienne théorie tendineuse. Notre ami Carlier (3), dans sa récente thèse de doctorat, expose d'une façon très complète les différentes théories émises pour expliquer le phénomène du ressort, les discute très longuement et se rattache plutôt à l'idée d'un spasme fonctionnel, tout en admettant les théories vagino-tendineuse et articulaire.

Il nous a donc semblé intéressant de publier cette observation dans nos bulletins, d'autant que l'on a rarement l'occasion de disséquer un doigt à ressort pour se rendre un compte exact des lésions qui peuvent exister soit dans l'intérieur soit autour de l'articulation supposée malade.

Kyste muco-dermoïde de l'ovaire, par le Dr GASTON POUPINEL.

M^{me} B., 26 ans, mariée à 20 ans. Un accouchement à terme avec déchirure étendue du périnée, prolapsus utérin, douleurs lombaires. Le cul-de-sac postérieur du vagin est occupé par une tuméfaction

(1) Cette observation se trouve résumée dans la thèse de Carlier,

(2) POIRIER. Note sur la pathogénie du doigt à ressort ; théorie articulaire. *Bullet. de la Soc. anat.*, février 1889, p. 106.

(3) CARLIER. *Le Doigt à ressort*. Thèse de Paris, 1889.

arrondie, mollesse, douloureuse, du volume d'une orange. L'utérus est mobile, légèrement dévié à droite, après réduction du prolapsus. Laparotomie pratiquée à l'hôpital Bichat, service de M. Terrier, par M. Quénu le 19 février 1889. Ablation d'un kyste de l'ovaire gauche suivie de suture de l'utérus à la paroi abdominale. Le kyste, du volume et de la forme d'une poire, est uniloculaire, contient une masse pâteuse sébacée et des poils bruns, et présente une paroi épaisse de un à deux millimètres en moyenne, sauf en un point où elle atteint un centimètre environ. En ce point, la paroi présente l'aspect du tissu ovarien normal avec quelques follicules de Graaf en voie de développement. Tout à côté, la portion épaisse de la paroi contient des portions ossifiées, d'autres cartilagineuses; c'est aussi en ce point que s'implantent les poils et que la surface interne présente l'aspect cutané le plus net. Partout ailleurs, la surface est lisse et brillante.

L'examen histologique montre que la plus grande partie du revêtement interne du kyste présente l'aspect de la peau avec son épiderme, ses glandes sébacées, ses poils, son tissu adipeux sous-cutané. Au niveau de l'épaississement de la paroi, on trouve dans l'épaisseur de la paroi du tissu osseux compact avec canalicules de Havers, un nodule de tissu cartilagineux, et au voisinage immédiat de ces tissus osseux et cartilagineux un lobule glandulaire très développé dans lequel on distingue, à la périphérie, des tubes glandulaires remplis par un épithélium prismatique, irrégulier à protoplasme granuleux, et, au centre, des tubes de diamètre bien plus considérable simulant les tubes excréteurs de la glande et tapissés de grandes cellules caliciformes. Au niveau de ce point intéressant, le revêtement épithélial du kyste subit également une transformation intéressante. L'épiderme et les glandes sébacées disparaissent, le revêtement devient rapidement très peu épais, constitué d'un très petit nombre de cellules plates, puis fait rapidement place à un revêtement de cellules caliciformes, claires, disposées sur une seule couche, offrant des saillies et des dépressions simulant des papilles. Il semble y avoir identité parfaite entre ces cellules caliciformes et celles qui s'observent dans les plus grands canaux du lobule glandulaire.

Nous voyons donc dans ce kyste uniloculaire, qui aurait à l'œil nu pu être pris pour un kyste dermoïde pur, le revêtement dermoïde faire place à un revêtement mucoïde, et cela dans un espace fort restreint.

En signalant ce nouveau cas, nous insisterons une fois de plus sur la nécessité d'examiner complètement au microscope tous les kystes dermoïdes, même ceux qui paraissent simples au premier abord. Cet examen microscopique complet nous paraît indispensable pour le classement et étude des kystes dermoïdes.

Kyste du vagin développé dans les restes du canal de Gaertner, par le Dr GASTON POUPINEL.

M^{me} V..., 34 ans, opérée par M. Quénu le 24 mai 1889, au dispensaire Pereire à Levallois-Perret, d'un kyste uniloculaire du vagin dont elle a constaté l'existence il y a trois mois. Ce kyste siège au niveau du tiers inférieur de la paroi antérieure du vagin, à la jonction de ce tiers et du tiers moyen sur la ligne médiane, sous la muqueuse vaginale dont l'aspect est normal. Ailleurs les replis du vagin paraissent plus accentués que de coutume. Le kyste présente le volume d'une grosse cerise ou d'une belle prune de mirabelle, sa forme est régulièrement arrondie. Après incision de la muqueuse, il a pu être énucléé en totalité avec le doigt ; en arrière et en haut il a fallu sectionner une sorte de pédicule fibreux assez vasculaire faisant corps avec la poche kystique. Le contenu de la petite tumeur est un liquide très épais, très visqueux et filant, de couleur très foncée, brun noirâtre.

Ayant assisté à l'opération, nous avons recueilli la pièce et l'avons placée immédiatement dans l'alcool fort. Après durcissement convenable, l'examen histologique de coupes perpendiculaires au diamètre antéro-postérieur de la tumeur nous a montré les détails suivants :

Le kyste présente une paroi propre fibro-musculaire, tapissée intérieurement d'épithélium. La paroi propre est constituée de tissu conjonctif dense au milieu duquel on aperçoit très nettement des faisceaux de fibres musculaires lisses. La plupart de ces faisceaux ont une direction circulaire formant un anneau autour du kyste ; d'autres, qui siègent de préférence près la surface épithéliale, sont perpendiculaires aux précédents ; parmi les faisceaux les plus externes cheminent des artérioles.

Le revêtement épithélial plissé, d'aspect papillaire, présente un aspect variable suivant les points considérés. Sur la portion voisine de la muqueuse vaginale, il est exclusivement constitué de cellules cylindriques à protoplasma clair, d'aspect caliciforme en beaucoup de points. La dégénérescence muqueuse des cellules les rend parfois absolument vésiculeuses. Elles sont disposées sur une seule couche. Sur la paroi opposée du kyste, la plus éloignée de la muqueuse du vagin, on rencontre un épithélium pavimenteux stratifié dans lequel on distingue parfaitement les filaments d'union des cellules. Ce revêtement pavimenteux stratifié est disposé tantôt sur une surface assez étendue, tantôt au contraire, au niveau des replis papillaires, il ne s'observe que sur le sommet de ces replis, les dépressions interpapillaires étant tapissées d'une seule couche de cellules cylindriques hautes, à protoplasma clair d'aspect caliciforme ou muqueux. Enfin, sur une certaine étendue, l'épithélium et la couche connective sous-épithéliale sont abondamment infiltrés de pigment sanguin.

Le kyste est séparé de la muqueuse vaginale par du tissu conjonctif dense, à la face profonde duquel on rencontre des vaisseaux sanguins ; la muqueuse du vagin est normale.

En haut et en arrière, au point où l'énucléation du kyste ne fut plus possible et où il fallut sectionner les tissus avec des ciseaux, il

n'existe en dehors de la zone musculaire propre du kyste, que du tissu conjonctif fibreux sillonné de volumineuses artères atteintes d'endarterite. Nous n'avons pas rencontré en ce point de vaisseaux se rendant spécialement au kyste et pouvant faire considérer ce point de la préparation comme correspondant à une espèce de pédicule.

Ayant eu la bonne fortune d'avoir cette pièce en entier, avant toute perforation de la poche et de pouvoir y pratiquer de larges coupes embrassant toute sa circonférence, nous croyons devoir présenter cette pièce comme particulièrement intéressante et formuler les conclusions suivantes : L'existence dans la paroi de ce kyste d'une gaine musculaire propre comprenant une zone annulaire et une zone longitudinale, le siège de ce kyste au niveau de la paroi antérieure du vagin, l'existence à sa surface interne d'un revêtement épithélial d'aspect variable, nous font placer l'origine de ce kyste du vagin dans des vestiges du canal de Wolff ou de Gaertner. Ainsi qu'on pourra s'en assurer par la lecture de notre récent mémoire sur la question (voyez Poupinel, *Revue de chirurgie*, juillet 1889. Des kystes du vagin), ces kystes sont extrêmement rares et peu connus. Leur caractéristique étant une gaine musculaire propre et leur siège sur la paroi antérieure, le cas que nous venons de rapporter nous paraît mériter absolument de prendre place à côté des quelques autres actuellement publiés.

ÉLECTIONS

MM. DEFAUCAMBERGE et MAURANGE sont nommés membres correspondants.

CANDIDATURES

Sur les rapports de MM. BROCA et VAQUEZ, MM. DEMOULIN et H. MALLET sont inscrits parmi les candidats au titre de membre adjoint.

Séance du 12 juillet 1889.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL

Maladie pyocyannique. — Arthropathies expérimentales, par MM. BABINSKI et CHARRIN.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société les deux genoux d'un lapin qui a succombé à l'infection pyocyannique. Il est aisé de voir sur ces pièces que le genou gauche est absolument sain, tandis que le droit est très altéré. Les cartilages de ce dernier sont moins lisses, la synoviale est épaissie, les extrémités osseuses paraissent augmentées de volume. Il y a à la fois des lésions articulaires et péri-articulaires.

Sur un second lapin vivant que nous présentons également, on constate facilement que le genou droit est aussi plus volumineux et plus chaud que le gauche; il est douloureux à la pression.

Ce second animal a reçu sous la peau le bacille pyocyanogène qui nous paraît être le bacille β , si toutefois il en existe réellement deux, et nous ferons remarquer incidemment, que les cultures que nous possédons en ce moment agissent par voie sous-cutanée plus énergiquement que celles que nous avons eues autrefois.

Nous nous bornons aujourd'hui à faire constater les désordres macroscopiques, nous réservant de revenir plus en détails sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de ces arthropathies infectieuses de la maladie pyocyannique, arthropathies assez rares et qui naissent sans traumatisme.

Angiome du méat chez la femme, par le Dr PAUL PETIT.

M^{me} Pommereau âgée de 59 ans, appartenant à une famille de cultivateurs, m'est adressée le 20 mars par le Dr Giraud de Montlhéry qui me fait parvenir en même temps les renseignements suivants sur la malade. « Cette dame a été réglée à 16 ans. Les règles ont toujours été normales. La ménopause a eu lieu à 42 ans. Trois grossesses : la 1^{re} à 27 ans, ayant débuté aussitôt après le mariage, terminée par un accouchement à terme, sans accidents; la 2^e à 32 ans, terminée par un avortement au quatrième mois; la 3^e à 33 ans, accouchement normal et à terme. Bonne santé habituelle.

12 mars. A la suite de grandes fatigues, cette dame remarqua pour la première fois qu'elle perdait du sang en notable quantité par la vulve; en même temps et brusquement elle fut prise de douleurs vives pour uriner et marcher. Les jours suivants, répétition des hémorrhagies, accentuation des douleurs pendant la miction, grand affaiblissement, frisson et fièvre. »

Le 20. Jour où j'examine la malade pour la première fois, je constate, en écartant les deux grandes lèvres, une tumeur présentant le volume et la forme générale d'une petite noix. Cette tumeur d'un

rouge vineux, bosselée, de consistance ferme et sensiblement égale en tous les points, est divisée en deux lèvres séparées par une fente transversale et sinueuse, la lèvre inférieure étant beaucoup plus longue et plus épaisse que la supérieure.

Elle présente par places des pertes de substance superficielles recouvertes de sang coagulé. Elle surmonte immédiatement l'orifice vulvaire, écarte les nymphes par les deux extrémités de son plus grand diamètre, lequel est dirigé transversalement, et se trouve fixée par un pédicule mince immédiatement au-dessus du tubercule antérieur du vagin. En introduisant une sonde vésicale dans l'orifice plus haut signalé, il est facile de s'assurer que ce pédicule est creux et en continuité directe avec le canal de l'urèthre, parfaitement libre d'ailleurs jusqu'au col. L'urine s'écoule facilement : elle est d'apparence normale. Il est impossible de trouver au pourtour du pédicule un pertuis plus ou moins large dans lequel puisse s'engager la sonde vésicale ou un stylet, ce qui exclut l'idée d'un prolapsus simple. La brusquerie du début des accidents me fait également renoncer à l'idée d'une hypertrophie simple du méat qui est regardée à tort ou à raison comme assez fréquent chez les vieilles femmes et dont la description classique, soit dit en passant, répond du tout au tout à notre tumeur.

Excluant l'épithélioma pour cause de limitation de la tumeur et d'absence de végétations, les polypes, les hémorrhoides uréthrales, j'arrive à croire qu'il s'agit d'un prolapsus étranglé de l'urèthre avec hypertrophie du méat lequel a favorisé, sinon causé la hernie et je propose à la malade de lui enlever sa tumeur, ce qui est fait dès le lendemain d'un seul coup de ciseaux. J'eus à peine besoin du thermocautère pour assurer l'hémostase et laissai une sonde à demeure pendant trois jours. Les suites furent des plus simples.

Examen histologique de la tumeur. — Au-dessous du revêtement pavimenteux de l'urèthre, dont les diverticules sont peut-être un peu hypertrophiés, on tombe sur un chorion embryonnaire ou muqueux semé de vaisseaux adultes dilatés et de vaisseaux embryonnaires disposés par groupes, les uns régulièrement calibrés et donnant l'aspect de l'angiome simple, d'autres énormément dilatés, à parois irrégulières et répondant à l'angiome caverneux. Hémorrhagies interstitielles en quelques points. La lèvre supérieure de la tumeur, la plus mince, est en plus grande partie angiomateuse : son pourtour est bordé d'un revêtement pavimenteux qui pousse dans l'intérieur de la tumeur des prolongements épithéliaux semblables à ceux qui partent de l'urèthre ; en certains points, ce revêtement a cédé et laisse à ciel ouvert le tissu conjonctif ou des vaisseaux néoformés qui, ne trouvant plus de soutien, se sont rupturés à la surface de la tumeur. La lèvre postérieure présente, en dehors du chorion muqueux, une couche longitudinale de fibres musculaires lisses, ce qui permet d'affirmer qu'il y a un prolapsus au moins partiel de la muqueuse uréthrale.

Il est probable que l'histoire de la malade est, en résumé, la suivante : un angiome s'est développé sourdement, à l'extrémité inférieure de l'urèthre : à l'occasion de fatigues, d'efforts répétés, la tumeur s'est ectopiée, entraînant avec elle la muqueuse susjacente dont elle s'est fait un pédicule.

Kyste inguinal, par P. THIÉRY, interne à la Pitié.

V. M., couturière, 23 ans, couchée au lit 28 de la salle Lisfranc. C'est une grande et forte femme dont tout l'habitue extérieur révèle la santé la plus parfaite. Point d'antécédents héréditaires qui puissent nous intéresser : le père est bien portant ; depuis longtemps la mère est morte d'une affection de poitrine indéterminée. Du côté de la malade les antécédents sont négligeables ; fracture du fémur gauche à l'âge de 3 ans. Elle fut réglée à 17 ans, se maria en octobre 1887 et n'eut pas d'enfant. Les règles ont toujours été régulières. En janvier 1887, la malade glisse sur un parquet, et à la suite de cet accident, dit-elle, elle remarque au bout de quelques jours la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'un pois au niveau de l'arcade crurale droite ; un médecin consulté conseille l'expectation. Cependant la tumeur progresse peu à peu, elle reste indolente mais en six mois atteint le volume d'une noix ; un médecin consulté de nouveau prescrit les badigeonnages à la teinture d'iode.

Le 8 mars 1889, inquiète de la persistance de cette tumeur la malade entre dans le service de M. le professeur Verneuil ; nous constatons alors la présence d'une petite tumeur située à droite et en dedans de la région pileuse du pubis au-dessus de l'arcade crurale. Elle est dure, de consistance solide, très mobile sur les parties profondes : la peau est elle-même normale et très mobile à son niveau ; à la palpation, on sent un léger sillon qui semble la diviser en 2 masses voisines. Enfin, si on exerce une traction sur la tumeur, il semble que l'on tend par cette manœuvre un pédicule qui s'engage dans le canal inguinal droit. La tumeur est irréductible, mate, non fluctuante, elle n'est pas augmentée par les efforts, la toux seule lui imprime une légère impression.

Au premier abord le diagnostic paraît fort difficile : tous, nous croyons à une tumeur solide, fibrome, ganglion ectopie, etc.

Dans la clinique du 13 mars, M. Verneuil discute quatre diagnostics : 1° Tumeur herniaire ; 2° Tumeur du sac dartoïque de Broca ; 3° Fibro-myome du ligament rond ; 4° enfin kyste.

Le kyste est peu probable car la tumeur a une consistance solide qui peut faire écarter ce diagnostic, erreur fatale dans laquelle sont tombés tous ceux qui ont examiné avec soin la malade.

Si c'est une tumeur herniaire ce n'est sûrement pas une entérocele puisqu'elle n'est ni sonore, ni réductible. Mais on pourrait songer soit à une épiplocèle, bien que l'épiplocèle soit rare à cet âge ; soit à un sac herniaire actuellement déshabité.

Ce pourrait être également une de ces tumeurs kystiques du sac dartoïque de Broca, bien décrites dans la thèse avec planches de Morpin ; ce sac dartoïque siège dans la moitié supérieure de la grande lèvre, la moitié inférieure appartenant à la glande vulvo-vaginale. Les tumeurs du sac dartoïque sont ordinairement liquides ; on en a néanmoins, quoique rarement, observé de solides.

Enfin, pendant que M. Verneuil était chirurgien de Lariboisière, il a inspiré la thèse d'un de ses élèves sur les fibro-myomes du ligament rond, au niveau où celui-ci vient s'insérer au pilier du canal inguinal. C'est là, croit M. Verneuil, le vrai diagnostic.

Quant aux diagnostics exceptionnels, ectopie ganglionnaire, hernie de l'ovaire qui offrirait une sensibilité spéciale il ne fait que les signaler en passant.

Quoi qu'il en soit la tumeur a augmenté depuis qu'elle a été fréquemment palpée ; elle inquiète la malade ; l'opération est simple, la réunion facile et pour toutes ces raisons il y a lieu d'intervenir.

L'opération est pratiquée le 13 mars 1889 après anesthésie chloroformique. On pratique une incision horizontale, parallèle à l'arcade crurale et au grand axe de la tumeur ; celle-ci se présente avec le volume d'une grosse noix, comme bilobée, le lobe inférieur étant sensiblement plus considérable, mais elle est tout à fait transparente et dure : maintenant il est évident que l'on a affaire à un kyste. Pour l'énucléer complètement, il faut sectionner une sorte de tractus fibreux qui la retient adhérente au canal inguinal ou à l'un de ses piliers et que les signes cliniques avaient déjà fait soupçonner. On place un drain à l'un des angles de la plaie et la suture est pratiquée en quatre points, dont trois de crin de Florence, et un de fil d'argent. Pansement sec à la gaze iodoformée.

Le 13 mars et le 14 la malade va bien et le pansement est laissé en place.

Le 16. On enlève les 4 fils : le drain est remplacé par un plus petit.

Le 18. On le supprime complètement. Pendant tous ce temps, la température eût été bonne si une légère angine pultacée traitée par des badigeonnages iodés n'avait élevé la courbe et nécessité un repos prolongé de la malade.

Le 22. Elle sort guérie de son angine, la guérison opératoire par première intention ayant été obtenue vers le 18 mars.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — La tumeur est transparente, nettement fluctuante, contrairement aux signes cliniques observées antérieurement, sa paroi était mince et bleuâtre. La pièce est mise dans l'alcool et huit à dix jours après l'opération une coupe macroscopique est pratiquée.

A la surface, la tumeur est recouverte par une toile celluleuse adhérente en certains points, non adhérente en d'autres qui semblait lui former une enveloppe lâche. A la coupe, la tumeur est nettement polykystique avec cloisonnement horizontal partant de sa paroi et la séparant en un kyste supérieur, du volume d'une noisette environ, et un kyste inférieur, du volume d'une noix. Toute la surface interne est unie, mais pour l'apercevoir il faut enlever un contenu blanchâtre qui rappelle l'aspect de la matière sébacée, quoique moins onctueuse : examiné au microscope il est granuleux, sans structure histologique et représente vraisemblablement des concrétions d'albumine coagulée par le liquide conservateur.

La paroi du kyste est d'une épaisseur inégale : très mince dans la plus grande partie de son étendue, où elle atteint $1/5$ de millimètre environ, elle s'épaissit un peu en deux points, surtout à sa partie inférieure, où elle atteint près de trois millimètres d'épaisseur. Le tractus qui cloisonne le kyste en deux loges secondaires est assez épais et offre un aspect lamellaire et feuilleté spécial, comparable aux plicatures longitudinales d'une trompe de Fallope.

Notre examen microscopique a porté : 1° sur le contenu du kyste ; 2° sur les portions minces de la paroi ; 3° sur sa portion épaissie :

Les premières nous montrent une paroi conjonctivo-élastique où le tissu élastique prédomine : on y remarque de plus une notable quantité de fibres musculaires lisses dont l'acide acétique rend le noyau bien apparent.

La face interne est tapissée d'un épithélium plat, à noyau volumineux, enfin on trouve des concrétions albumineuses restées adhérentes à la paroi interne ; cette portion mince de la paroi est d'ailleurs peu vasculaire.

Il en est autrement de la portion épaissie ; à ce niveau en effet nous trouvons une surabondance de vaisseaux dilatés qui, n'étant leur structure bien définie, pourraient en imposer par leur nombre et faire croire à un angiome caverneux, ils sont tous dilatés sur nos coupes et contiennent du sang. Entre ces vaisseaux, tissu conjonctif dense à nombreux éléments fusiformes et nombreuses fibres musculaires lisses, dont le noyau est des plus nets : au fur et à mesure que nous examinons un point de la coupe plus rapproché de la portion amincie de la paroi, le tissu conjonctif devient dense, lamellaire, stratifié et ses différentes couches sont séparées par des couches de cellules connectives comme dans certains fibromes lamellaires.

En résumé, prédominance de l'élément élastique dans la partie amincie, de l'élément musculaire et des vaisseaux dans la portion épaisse, tels sont les caractères que nous a fournis l'observation microscopique.

Il nous faut ajouter qu'ici encore la paroi interne est tapissée de l'épithélium que nous avons précédemment décrit.

De tous ces caractères, il nous semble que l'on pourrait conclure à la présence de l'une de ces tumeurs, rares, croyons-nous, décrites sous le nom de fibro-myome du ligament rond, mais il faut admettre qu'il est devenu kystique. Comment expliquer alors la présence du revêtement épithélial ? C'est donc le diagnostic de la tumeur enlevée que nous venons demander à la Société anatomique.

M. BROCA se demande si, étant donnée la présence de l'épithélium il n'y aurait pas lieu de songer à un kyste du canal de Nück.

M. DOLÉRIS fait remarquer que le siège de la tumeur située au devant du canal, sous la peau et non dans le canal inguinal est peu en rapport avec cette hypothèse.

Salpingites suppurées, par P. MÉNÉTRIER (à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire).

Depuis quelques années, les chirurgiens ont attiré l'attention sur les lésions inflammatoires des trompes utérines, et

M. Cornil en a publié plusieurs examens microscopiques. Il semble bien que ces altérations doivent être considérées comme des plus importantes parmi les phlegmasies péri-utérines et les deux faits que nous en allons rapporter montrent de quelle gravité elles peuvent être, lorsqu'aucun traitement n'est venu en arrêter l'évolution.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années, entrée mourante dans le service du professeur Jaccoud, à la Pitié. Elle était dans un état d'épuisement, de cachexie extrêmes, et se plaignait surtout de douleurs abdominales; à la palpation du ventre, on pouvait constater la présence de masses volumineuses remplissant la moitié inférieure de l'abdomen et l'excavation du bassin. Elle ne tarda pas à succomber.

A L'AUTOPSIE, la masse perçue par le palper et qui remplit la moitié inférieure du ventre est constituée de plusieurs poches liquides accolées et superposées. On rencontre d'abord, immédiatement sous la paroi, un gros kyste, du volume d'une tête d'adulte, à parois minces et lisses, rempli de liquide absolument clair. Au-dessous, et adhérente à sa face inférieure, une grosse poche purulente, recouvrant complètement l'utérus et descendant dans l'excavation dont elle occupe toute la moitié droite. Sa surface externe est assez lisse, sa surface interne tomenteuse, irrégulière, infiltrée de pus. Elle adhère intimement au côté de l'utérus, surtout au niveau de sa corne droite avec laquelle ses parois se continuent directement. Elle adhère également à l'S, iliaque et à ce niveau il y a une petite perforation de la paroi par laquelle le pus de la poche suinte dans la cavité intestinale. Une autre poche purulente, moins volumineuse, formant comme un gros boudin contourné, est située à gauche de l'utérus et se replie en arrière dans le cul-de-sac rétro-utérin. Sa surface externe est également lisse, sa surface interne tomenteuse, infiltrée de pus. Elle se continue très manifestement, en s'amincissant, avec la corne gauche de l'utérus.

L'utérus, très volumineux, renferme dans sa paroi antérieure un gros corps fibreux du volume d'une mandarine. La cavité du corps est très dilatée et contient un liquide fétide. Il y a au niveau du col quelques kystes et une petite végétation adénomateuse.

La disposition même des poches purulentes et leurs connexions avec l'utérus permettent déjà à l'examen à l'œil nu d'affirmer qu'elles sont fournies par la dilatation des deux trompes oblitérées à leur orifice utérin et distendues par l'accumulation de pus dans leur intérieur. Cette hypothèse est facilement vérifiée par l'examen microscopique de leurs parois. Celles-ci sont formées d'une membrane assez mince, qui tout à fait à la surface interne présente l'aspect du tissu de granulation des plaies suppurantes; il n'y aucune trace de revêtement épithélial, mais un peu au-dessous, dans les parties profondes et la couche granuleuse, on retrouve par places de petites cavités en forme de fentes et tapissées d'épithélium cylindrique en revêtement continu. Plus en dehors il y a des faisceaux de fibres lisses, dans un assu conjonctif fibreux. C'est bien là l'aspect des parois de la trompe onguement enflammées et la présence de cavités épithéliales au sein

de la couche du tissu de granulation permet d'affirmer la nature réelle de cette membrane.

Ce fait est intéressant, d'abord parce qu'il nous montre la gravité de ces salpingites suppurées, susceptibles de causer la mort par leur évolution prolongée et sans l'intervention d'autres complications, telles que la péritonite ; il l'est encore parce qu'il nous permet de nous rendre assez bien compte de l'origine et de la succession des lésions. Il paraît bien probable, en effet, que l'inflammation des trompes a résulté de la propagation de lésions utérines ; que la dilatation de la cavité utérine sous l'influence de ce corps fibreux, évidemment fort ancien, a favorisé la rétention et la fermentation des liquides exsudés à son intérieur, a causé une métrite chronique dont les produits septiques ont secondairement infecté les trompes.

Celles-ci se sont oblitérées à leur orifice interne par la végétation de leur muqueuse enflammée, la rétention des produits de la suppuration les a peu à peu dilatées jusqu'à leur faire acquérir le volume que nous leur avons trouvé.

Quant au kyste à liquide clair surmontant la poche purulente de droite et situé sous la paroi abdominale antérieure, c'est un kyste ovarique formé aux dépens de l'ovaire droit et constituant une lésion absolument indépendante mais qui en cas d'intervention et notamment de ponction exploratrice eût pu singulièrement égarer le diagnostic.

Dans notre second cas, il s'agit également d'une malade entrée à l'hôpital à la période ultime de son affection. Cette femme, âgée de 25 ans, présentait les symptômes généraux et locaux d'une péritonite purulente généralisée ; elle mourut au bout de peu de jours.

À l'AUTOPSIE on trouve une inflammation purulente de toute la cavité péritonéale. Les anses intestinales distendues par des gaz et des liquides sont agglutinées entre elles, à la paroi, et aux viscères, avec des fausses membranes infiltrées de pus, et des clapiers purulents çà et là, notamment à la face inférieure du foie, au pourtour de la rate et dans le petit bassin. Toutes ces lésions sont manifestement récentes, il n'y a pas de perforation des intestins et le seul point où l'on rencontre des altérations plus anciennes est la région péri-utérine.

L'utérus et ses annexes sont, surtout à gauche, intimement adhérents aux intestins. L'utérus, assez volumineux, présente une injection vive de sa muqueuse, et dans sa cavité se trouve un peu de liquide sanieux.

La trompe droite, oblitérée à sa partie moyenne, aboutit à une petite cavité purulente dans la paroi de laquelle est compris l'ovaire correspondant.

La trompe gauche, plus grosse, va se dilatant progressivement à partir de la corne utérine et atteint à son extrémité un diamètre de 4 à 5 centimètres. Elle forme ainsi un gros boudin sinueux qui se recourbe en arrière de l'utérus et communique par une large perforation avec une poche purulente péritonéale, occupant la cavité de Douglas, et limitée par des fausses membranes infiltrées de pus. La trompe est perméable sur toute sa longueur, mais c'est tout au plus si l'on peut faire passer un très fin stylet par son orifice utérin, et le liquide purulent qui la distend ne devait pas, en raison de la tuméfaction de la muqueuse, trouver une voie d'écoulement de ce côté. Une autre poche plus petite se trouve au-dessous et dans la courbure qu'elle décrit. C'est l'ovaire gauche complètement transformé en kyste purulent, mais dont la structure se reconnaît à l'examen microscopique. On voit en effet cette paroi formée d'un tissu fibreux infiltré de cellules migratrices et renfermant des cavités arrondies, avec des cellules épithéliales en amas irréguliers, et qui sont les vestiges de vésicules de de Graaf.

Des coupes portant sur la paroi de la trompe gauche, montrent, comme dans le cas précédent, une couche superficielle formée de cellules migratrices agglomérées, en un véritable tissu de granulation, et là, de place en place, des cavités épithéliales tapissées d'un revêtement cylindrique régulier. Plus en dehors, des fibres lisses dans un tissu de sclérose.

Dans ce cas les lésions sont complexes et pourtant assez faciles à interpréter; la péritonite purulente a été déterminée par l'ouverture dans le cul-de-sac rétro-utérin de la trompe gauche pleine de liquides sanieux; il s'est formé d'abord un foyer de péritonite enkystée, qui ultérieurement s'est diffusé à toute la cavité abdominale. La transformation de l'ovaire en kyste purulent nous paraît également secondaire à l'altération de la trompe et celle-ci peut être assez facilement rapportée à l'endométrite concomitante.

Endométrite et salpingites tuberculeuses, par P. MÉNÉTRIER.

A l'autopsie d'une femme de 24 ans, morte de phtisie pulmonaire dans le service du professeur Jaccoud, à la Pitié, nous avons trouvé des lésions de l'utérus représentant une forme assez rare de la tuberculose de cet organe. Durant sa vie, cette femme n'avait présenté aucun symptôme pouvant attirer l'attention de ce côté.

L'utérus est assez gros, mais c'est celui d'une femme multipare, et son volume n'a rien d'anormal. Il ne présente extérieurement aucune altération, sauf un peu d'injection vasculaire des lèvres du col et une légère exulcération à ce niveau. L'ayant ouvert, on voit dans la cavité du col, une petite masse caséeuse, d'un blanc jaunâtre, peu adhérente et recouvrant une muqueuse qui, à l'œil nu, ne paraît pas modifiée. La cavité du corps est parsemé d'un semis de granulations

miliaires, jaunes, légèrement saillantes, situées dans la muqueuse et en occupant la partie la plus superficielle. Il n'y en a que deux à la face postérieure; une quinzaine, irrégulièrement disséminées, à la face antérieure. Il n'y a pas d'ulcérations apparentes à la surface et la muqueuse avoisinant les tubercules paraît seulement un peu congestionnée.

La trompe gauche est légèrement renflée à sa partie moyenne, et plus consistante. En coupe, sa muqueuse, épaissie à ce niveau, présente une couleur jaunâtre.

L'autre trompe est saine, les ovaires également.

Il n'y a pas de lésions du vagin, ni de la vessie.

Outre la tuberculisation des poumons, cause de la mort, on trouve encore chez cette femme des tubercules caséeux des deux capsules surrénales et un gros tubercule de l'un des reins.

A l'examen *microscopique* d'un fragment de la masse caséuse du col, on trouve des bacilles de Koch en assez grand nombre.

Des coupes de la muqueuse du corps portant au niveau d'une granulation montrent une infiltration diffuse de petites cellules dans toute la couche glandulaire. Les glandes sont écartées par les cellules migratrices, mais peu modifiées; leur revêtement est conservé; quelques-unes sont dilatées à leur embouchure.

Le petit tubercule est situé tout à fait à la surface, il est constitué par une agglomération de cellules migratrices, qui au centre de la masse subissent la dégénérescence caséuse. On y voit deux belles cellules géantes. On trouve aisément des bacilles dans cette granulation, on en trouve également, mais plus rares, très espacés, dans le tissu infiltré de la muqueuse.

Une coupe portant sur le renflement induré de la trompe gauche montre un épaississement notable des franges de la muqueuse, qui se soudent les unes aux autres par leurs extrémités libres. Elles sont infiltrées de cellules migratrices en très grand nombre; par places se voient des groupes cellulaires dégénérés et des cellules géantes assez rares. Les couches sous-muqueuses ne sont pas altérées. Tout le tissu infiltré des franges de la muqueuse est parsemé de bacilles en nombre considérable.

Ce cas nous paraît intéressant, comme représentant une forme assez rare de tuberculose utérine; l'endométrite tuberculeuse diffuse avec granulations miliaires; forme assez semblable aux lésions obtenues expérimentalement par l'injection de cultures de bacilles dans la cavité utérine (Cornil et Dobroklonsky). Et de fait, l'infection de l'utérus a dû s'effectuer suivant le mécanisme admis par M. Cornil, dans ses leçons sur les métrites, par inoculation des bacilles venus de la trompe malade et déversés dans la cavité utérine. La superficialité des lésions, leur diffusion, la présence de bacilles dans le magma caséux du col, sont bien en faveur de cette interprétation.

Nous rapporterons en même temps les résultats de l'examen d'une autre salpingite tuberculeuse que nous avons trouvée dans des conditions analogues; chez une femme de 30 ans, morte de phthisie pulmonaire et n'ayant non plus présenté aucun symptôme pouvant révéler cette lésion.

Les deux trompes étaient altérées; elles présentaient à leur extrémité le volume d'un doigt; elles étaient du reste peu déformées;

et il n'y avait pas de modifications de leur surface externe. En coupe, la muqueuse très épaissie était recouverte de matière caséuse. Pas de lésions des ovaires, ni de l'utérus.

A l'examen microscopique, la lésion se montra à un degré plus avancé que dans le cas précédent. Elle est toujours bornée à la muqueuse, mais les couches musculaire et séreuse sont épaissies, fibreuses et parcourues de nombreux vaisseaux. Les franges, très hypertrophiées, sont pour la plupart soudées à leur extrémité libre, et forment ainsi une couche continue, creusée de fentes, de cavités irrégulières, et tapissées d'un revêtement épithélial cylindrique.

Le tissu des franges est infiltré de cellules migratrices, qui, par places, constituent des formations tuberculeuses bien typiques : de gros amas en dégénérescence caséuse, et des cellules géantes de dimensions tout à fait exceptionnelles. On trouve également des bacilles dans le tissu tuberculeux de la muqueuse, mais ils sont en nombre infiniment moindre que dans le cas précédent.

Ce dernier fait représente bien la forme commune de la salpingite tuberculeuse des phtisiques.

Étranglement interne par brides péritonéales partant des annexes de l'utérus, par MAUCLAIRE.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société provient d'une malade âgée de 64 ans, entrée le 25 juin dans le service de M. le professeur Duplay. Elle présentait tous les signes d'un étranglement interne qui avait débuté 24 heures auparavant par une douleur violente et bien localisée, par des vomissements verdâtres, etc. L'affection avait suivi une marche très rapide et à son entrée son état était si grave que l'intervention fut jugée inutile ; en effet elle mourut quelques heures après.

A l'AUTOPSIE ce qui frappa la vue, aussitôt après l'ouverture du ventre, ce fut la congestion très marquée des masses de l'intestin grêle situées dans le petit bassin et empiétant dans la fosse iliaque droite ; tout le reste de l'intestin paraissait sain. Il fut facile en remontant le long de la portion d'intestin congestionnée de tomber sur l'agent de l'étranglement. On voit en effet partir des annexes droites de l'utérus deux brides péritonéales qui vont s'insérer sur les faces gauche et droite du mésentère en entourant l'intestin grêle à 1 m. 50 environ de la valvule iléo-cæcale.

Celui-ci présentait un sillon de constriction très manifeste mais en forçant un peu on pouvait faire passer et repasser l'intestin sous la bride péritonéale. L'étranglement ne paraissait donc pas très serré, du moins à l'autopsie.

Dans la cavité abdominale existait un peu d'épanchement séreux mais pas de traces de péritonite ni d'autres brides péritonéales. Rien de particulier à signaler dans les viscères.

C'est là un cas ajouté à tant d'autres où une intervention rapide eût guéri la malade si elle était venue consulter dès les premiers symptômes de son affection. L'opération aurait été singulièrement facilitée par la congestion si vive de la

portion d'intestin sous-jacente à l'étranglement et due à la constriction des vaisseaux compris dans l'épaisseur du mésentère et cela aurait permis de tomber de suite sur les brides péritonéales et de faire une opération de très courte durée.

Rupture du cœur.

M. PILLIET montre une *rupture assez étendue du cœur*, siégeant à la partie postérieure du ventricule gauche et ayant amené la mort par syncope immédiate, chez une femme de 75 ans.

Il fait voir de plus une *plaque de sclérose très étendue* du myocarde comprenant presque toute l'épaisseur de la paroi ventriculaire gauche, sur une largeur de 2 à 3 centim. et sur une hauteur de 10 centim. environ. La pièce provient d'un vieillard de 78 ans mort de ramollissement cérébral.

Il montre encore des préparations d'une *tumeur ulcérée du cæcum*, contenant beaucoup de follicules clos hypertrophiés, et d'un diagnostic assez difficile.

Sciatique, tumeur de l'os iliaque ; fracture spontanée de l'humérus. Mort ; autopsie, examen histologique : noyaux multiples d'épithélioma tubulé dans les os et les reins ; point de départ inconnu, par H. LEGRAND, interne des hôpitaux.

Gir..., Jean, 60 ans, passementier, entré le 16 octobre 1888, dans le service de M. Landouzy, à l'hôpital Tenon, salle Lelong, n° 12.

Cet homme s'est toujours bien porté jusqu'au mois de mars 1888 (6 mois avant son entrée). A cette époque, sans cause apparente, il a commencé à souffrir dans la cuisse gauche ; *sciatique*.

A l'hôpital, on ne peut déterminer tout d'abord la cause de cette sciatique ; le traitement consiste en pointes de feu, antipyrine, salicylate de soude, sulfate de quinine, extension continue, etc., sans aucun résultat.

Au mois de février 1889, le malade souffrait beaucoup non seulement dans la partie postérieure de la cuisse, et aux points classiques de la sciatique, mais encore dans la région desservie par le nerf crural.

L'état général demeurerait assez bon malgré l'amaigrissement. L'examen ne révélait ni tuberculose, ni tumeur accessible, ni ganglions. M. Landouzy soupçonnait néanmoins une tumeur quelconque.

Au milieu de mars, un matin, le malade se plaint de l'épaule droite ; en se retournant dans son lit, appuyé sur le coude, il avait éprouvé tout à coup une vive douleur ; il avait une *fracture du col chirurgical de l'humérus* avec déplacement du fragment inférieur en avant, et gonflement des parties osseuses avoisinantes.

Un examen plus approfondi pratiqué par M. Blum, chirurgien de Tenon, fit alors découvrir une rénitence profonde dans la fosse iliaque gauche ; l'os iliaque paraissait épaissi, et l'augmentation de volume était encore perceptible au niveau de la crête iliaque.

L'articulation de la hanche conservait son intégrité malgré les vives douleurs provoquées par les mouvements communiqués. Le membre présentait un peu d'œdème, mais aucun trouble trophique. Le diagnostic porté par M. Blum fut : ostéosarcome de l'os iliaque, avec noyau secondaire ayant provoqué une fracture spontanée de l'humérus. Un appareil plâtré scapulo-huméral fut placé, moins dans l'espoir d'une consolidation, que pour empêcher les mouvements douloureux. La marche ultérieure fut rapide : amaigrissement, cachexie ; œdème des membres inférieurs, surtout à gauche. Des urines noirâtres, dans lesquelles le microscope montra de nombreux globules rouges permirent de diagnostiquer l'existence probable de noyaux dans les reins. Aucun trouble du côté du tube digestif.

28 mai. Délire, agitation, vomissements ; urines très foncées et réduites à 4 ou 500 grammes.

Le 30 et jours suivants, calme ; urines plus abondantes affaiblissement rapide. Par de fièvre.

Mort le 1^{er} juin, 15 mois après le début apparent de la maladie.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. A l'ouverture de l'abdomen on remarque la saillie des organes, qui traversent la fosse iliaque gauche, dont la cavité est effacée ; les vaisseaux et le muscle sont sains à la surface, les veines iliaque et crurale ne contiennent que du sang fluide. La région de la hanche est isolée, la peau n'est pas adhérente.

Le muscle grand fessier est sain : mais le moyen et le petit fessier sont envahis par la tumeur. Leurs faisceaux musculaires sont de couleur terne, jaunâtre, et dans leurs interstices on voit des trainées et des îlots irréguliers, fermes, blanchâtres ou rosés. A cause de cet envahissement de proche en proche, je n'ai pu disséquer la pièce, et afin de montrer l'état des parties profondes, j'ai divisé les parties molles au couteau, et l'os iliaque avec la scie, en passant à égale distance des épines iliaques et du pubis. En incisant les parties molles, le tranchant du couteau a rencontré, même loin de l'os, de nombreuses rugosités faisant crier la lame ; par places, notamment en arrière, à la surface des tissus envahis, existent des plaques minces, friables, donnant au doigt la sensation de coquille d'œuf.

La tumeur a envahi de proche en proche suivant le mode d'extension continue. Ici on trouve des bourgeons, là un bord festonné d'envahissement formés par un tissu blanchâtre lardacé ; cette zone d'envahissement existe tout autour de l'os iliaque qui est épaissi, gonflé, comme éclaté de toutes parts.

En arrière, au niveau de la fosse iliaque externe, au-dessus du sourcil cotyloïdien se trouve une masse d'apparence encéphaloïde, d'un gris jaunâtre ou rosé, grosse comme une orange ; logée en partie dans l'os dont elle paraît provenir, en partie dans les parties molles qu'elle a envahies ; elle se confond du reste avec le tissu du voisinage sans limites bien nettes. Sa consistance est ferme ; suc peu abondant. La coupe de l'os proprement dit montre un tissu spongieux raréfié, s'effritant facilement, avec des espaces remplis de tissu lardacé ou ramolli et rougeâtre. L'extrémité supérieure du fémur, la cavité cotyloïde sont intactes. Il existe un petit noyau dans le canal médullaire du fémur à l'extrémité supérieure de la diaphyse.

Le nerf sciatique n'est pas envahi ; son aspect est normal ; les tis-

sus qui l'entourent immédiatement sont normaux; il a dû être simplement comprimé.

Un noyau gros comme un œuf de poule s'est développé au col chirurgical de l'*humérus*. La tête de l'os et l'articulation sont indemnes. Cette masse, d'apparence encéphaloïde, occupe le canal médullaire, a raréfié et gonflé la diaphyse de l'os. La fracture spontanée s'est produite au-dessus de ce foyer. Il n'y a pas trace de formation de cal.

L'extrémité interne de la *clavicule gauche* présentait également un noyau gros comme une petite noix.

Chaîne de ganglions volumineux dans la fosse iliaque gauche et jusqu'au devant de la colonne vertébrale.

Tous les viscères ont été examinés en détail; le cerveau et la moelle seuls n'ont pas été examinés.

Dans les reins seulement, nous avons trouvé des noyaux cancéreux. Le rein gauche pèse 190 gr.; aspect normal, capsule s'enlevant bien; à la coupe, il contient un seul noyau gros comme un pois dans la substance corticale. Le tissu qui le forme est blanc, ferme, ne s'énuelcè pas. Le rein droit pèse à peine 100 gr.; surface irrégulière pourvue de dépressions; la capsule s'enlève bien sauf au niveau de ces dépressions. A la coupe, on voit que ce rein contient un volumineux noyau cancéreux au niveau de son hile; envahissant par son tissu lardacé la substance des calices et des pyramides, produisant une oblitération assez analogue à celle de l'uretère. Il existe en effet dans la substance des pyramides un certain nombre de kystes, gros comme des pois, arrondis, pleins de liquide clair. A ces kystes correspondent des régions où la substance rénale est indurée, sclérosée jusqu'au niveau des dépressions de la surface.

Examen histologique. — A l'état frais, le raclage de la tumeur montre un grand nombre de cellules arrondies, ovoïdes, semblables entre elles, réfringentes, se colorant en orangé par le picro-carmin. Leur noyau est très volumineux et renferme quelques granulations. L'aspect de ces cellules, épithéliales ou épithélioïdes, n'est cependant pas tout à fait suffisant pour faire le diagnostic histologique.

Les coupes ont porté sur l'os iliaque, après décalcification par l'acide picro-nitrique; sur les muscles envahis et sur l'un des noyaux secondaires du rein.

Les coupes de l'os *iliaque* comprenant à la fois la région osseuse et une portion de la zone voisine d'envahissement montrent des trabécules osseuses irrégulières, anfractueuses, découpées en jeu de patience; ces trabécules renferment de nombreux ostéoplastes et présentent l'aspect feuilleté dû aux lamelles juxtaposées. Dans les anfractuosités se logent quelques vaisseaux, de petites cellules rondes ou médulloïdes, quelques figures dites cellules à myéloplaxes; en beaucoup de points les cellules du néoplasme sont en contact direct avec l'os. L'intervalle des travées osseuses est occupé par une accumulation de cellules rondes, globuleuses, brillantes; quelques-unes, dissociées, nous ont paru avoir assez nettement une forme cylindrique. Elles sont entassées, en amas séparés çà et là par des tractus fibrillaires de nature conjonctive, assez larges parfois et colorés en rose par le carmin.

Insensiblement, on arrive dans la zone d'envahissement et c'est là seulement que l'on peut rencontrer une disposition des éléments ana-

tomiques suffisamment nette pour établir le diagnostic histologique : *épithélioma tubulé*.

Dans ces portions, il ne reste que de loin en loin des paillettes osseuses, renfermant nettement des ostéoplastes. Le tissu est formé de travées conjonctives fibrillaires, plus ou moins larges suivant les régions; assez épaisses en général, compactes, circonscrivant soit des espaces irréguliers, soit des lacunes allongées. Tous ces intervalles sont remplis par des cellules arrondies ou ovoïdes tassées les unes contre les autres sans aucune espèce de gangue. En quelques points la disposition *en tubes et en boyaux* est très nette.

Les vaisseaux, parfois assez volumineux, suivent les travées fibrillaires; leurs parois sont embryonnaires.

Le muscle (moyen fessier) envahi par le néoplasme a été coupé parallèlement à ses fibres; les coupes ont été, après coloration par le picro-carmin, soumises aux vapeurs osmiques. Les fibres musculaires, sont en pleine *dégénérescence granulo-graisseuse*. La striation a disparu partout; nombre de gaines sont vides; ailleurs elles ne contiennent plus que des granulations ou des blocs brunâtres. Il existe de nombreuses gouttes grasses, teintes en noir opaque, dans les interstices des fibres musculaires.

Le réseau vasculaire capillaire des muscles est dilaté, rempli de globules rouges et devenu très apparent sur les coupes longitudinales; les artérioles qui traversent la région sont indemnes.

Enfin dans les intervalles des faisceaux, çà et là, on trouve des nids plus ou moins volumineux, des traînées de cellules globuleuses reproduisant les caractères des éléments de la tumeur.

Il en est de même dans le rein; en examinant un noyau jeune, on voit à la périphérie une zone de substance rénale à peu près saine; les glomérules sont absolument vides de sang, mais les capillaires intertubulaires sont dilatés et gorgés de sang. En approchant du centre du noyau, on voit que les cellules du néoplasme occupent d'abord les interstices des tubes urinaires, qu'elles compriment. Les vaisseaux ne sont plus visibles; l'envahissement se fait donc vraisemblablement à leurs dépens. Au centre on ne trouve plus qu'un amas de cellules rondes, séparées çà et là par quelques travées conjonctives encore peu distinctes.

Le nerf sciatique a été examiné par dissociation de quelques fascicules pris au niveau de la fesse, et après fixation par l'acide osmique. Les tubes nerveux étaient sains; il n'y avait pas même, dans la grande majorité, de fragmentations de la myéline en boules.

REFLEXIONS. — Il s'agit dans cette observation d'un épithélioma généralisé, mais dont le point de départ nous a complètement échappé, bien que tous les viscères, à l'exception toutefois des centres nerveux, aient été examinés. Nous n'avons pas la pensée de discuter la possibilité d'un épithélioma primitif de l'os iliaque. Il est intéressant de remarquer que, dans ce cas, le développement prédominant du foyer cancéreux est la tendance presque exclusive à la généralisation dans le système osseux (os iliaque, fémur, humérus, clavicule).

Rétention biliaire. Oblitération du canal cholédoque au niveau de son embouchure par un petit nodule épithéliomateux, par M. MORAX, interne provisoire.

Femme de 78 ans, morte le 1^{er} juillet 1888, dans le service de M. Joffroy, à la Salpêtrière. Cette malade présentait depuis 3 semaines un ictère intense qui avait débuté progressivement sans douleurs localisées et en l'absence de troubles digestifs antérieurs. Elle n'a d'ailleurs jamais ressenti de coliques hépatiques et on ne relève rien de spécial dans ses antécédents, si ce n'est, il y a 6 ans, l'évolution d'un rhumatisme articulaire chronique qui a frappé surtout les petites articulations des membres.

Le 24 juin elle présente tous les signes d'une rétention biliaire complète. L'ictère est très prononcé. Le foie est gros et douloureux. La ligne de matité inférieure atteint l'ombilic et l'on sent à ce niveau une saillie globuleuse formée par la vésicule biliaire distendue. La surface biliaire ne présente pas d'inégalités à la palpation. Les selles sont décolorées. L'inappétence est complète. L'urine contient des pigments biliaires. On note encore un certain degré de congestion pulmonaire aux deux bases.

La prostration est très prononcée et cet état persiste jusqu'au 1^{er} juillet. Ce jour, la température tombe à 36°. La langue est sèche, le pouls est imperceptible. La malade meurt dans l'adynamie.

AUTOPSIE. — On trouve le foie volumineux, jaunâtre. Son bord inférieur présente une échancrure prononcée dans laquelle apparaît le bas de la vésicule biliaire distendue. En examinant la face inférieure du foie, on constate une distension énorme de toutes les voies d'excrétion de la bile. Celles-ci forment des conduits bosselés atteignant le volume du pouce.

On peut les suivre jusque dans l'intérieur du parenchyme où ils présentent des extrémités en cul-de-sac. Les conduits biliaires ainsi que la vésicule contiennent une bile épaisse, noirâtre, mais ne renfermant aucun calcul. Le canal cholédoque présente la même distension et celle-ci commence au niveau de son embouchure. On sent en ce point un petit nodule induré de la grosseur d'une fève occupant la paroi même du duodénum. Nulle part ailleurs on ne trouve d'autres nodosités pareilles. Les ganglions du pancréas, du hile du foie sont de volume et de consistance normale.

L'examen microscopique de la tumeur montre qu'il s'agit d'un petit nodule épithéliomateux en rapport avec la muqueuse du duodénum qui paraît en être le point de départ. Les cellules sont cylindriques et le stroma fibreux est peu développé. La tumeur a envahi le canal cholédoque dans son trajet à travers la paroi duodénale.

Le volume de ce conduit est un peu plus considérable et sa lumière est obstruée par une série de végétations constituées par le même tissu épithéliomateux. On voit aussi sur la coupe de petites cavités plus ou moins arrondies et tapissées par un épithélium cylindrique à plateau et dont la disposition est très régulière. Sur les coupes histologiques du foie on constate le volume normal des canalicules biliaires. Au niveau des espaces porto-biliaires il existe des amas de leucocytes en assez grand nombre. Ces espaces sont plus considérables qu'à l'état normal.

Les autres organes ne présentaient rien de spécial.

Séance du 19 Juillet 1889.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

Kyste du lobe droit du corps thyroïde. — Thyroïdectomie partielle. — Guérison, par J. REBOUL, interne des hôpitaux.

OBSERVATION. — M..., Emilie, tapissière, âgée de 18 ans, entre le 6 juin 1889, à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr Labbé, salle Laugier, n° 8.

Vers l'âge de 4 ans, au dire des parents de la malade, une petite tumeur s'est développée sur la partie antérieure du cou, du volume d'un petit œuf. Cette tumeur avait apparu et s'était accrue peu à peu. Stationnaire pendant l'enfance, cette tumeur augmenta à l'époque de la puberté; depuis lors, elle se tuméfiait légèrement à chaque époque menstruelle. Depuis neuf mois environ, la tumeur a beaucoup augmenté de volume, et détermine des troubles fonctionnels et une difformité contre lesquels la malade demande une intervention.

M..., Emilie, est une jeune fille blonde, pâle, anémique. A la partie antérieure du cou, et un peu à droite, dans la région sous-hyôidienne, et empiétant sur la région carotidienne, on voit une tumeur régulière, piriforme, à base inférieure, rapprochée de la fourchette sternale; elle s'incline en haut et à droite, et se termine un peu au-dessous de l'os hyoïde. Cette tumeur est lisse, régulière, rénitente, fluctuante lorsqu'on la fixe; la peau et les tissus superficiels glissent au devant d'elle, tandis que profondément, elle adhère à la trachée, ce qui permet de lui imprimer des mouvements de translation latérale. Dans les mouvements de déglutition, la tumeur suit ceux d'ascension et de descente du larynx. Sa base s'engage un peu derrière la fourchette sternale. La tumeur ne présente ni souffle, ni mouvements d'expansion. Pas de développement exagéré de la circulation veineuse superficielle au devant et autour de la tumeur. Dans le décubitus dorsal, dans l'ascension d'un escalier, ou une marche rapide, la malade éprouve une certaine gêne de la respiration. Les mouvements de déglutition sont de même un peu gênés. A certains moments, et particulièrement aux époques menstruelles, ces troubles de la respiration et de la déglutition augmentent, la voix est un peu étouffée. Palpitations cardiaques, souffles anémiques, à la base du cœur et aux carotides.

Diagnostic : Goitre kystique du lobe droit du corps thyroïde.

Opération le 25 juin. — M. le Dr Labbé fait une incision en U, la branche externe correspond à la ligne carotidienne, la branche interne à peu près à la ligne médiane. Après une incision lente des couches superficielles (peaucier, tissu cellulaire, aponévroses), on arrive sur la capsule qui entoure les kystes. Des pinces à forcipresure sont mises au fur et à mesure sur tous les vaisseaux qui se rendent à la tumeur ou en partent, aussi l'hémorrhagie est-elle insignifiante. La capsule très vasculaire étant incisée, on décortique assez facilement le kyste en commençant par la partie inférieure. Cette

énucléation ne devient laborieuse qu'à la partie supérieure. Le kyste complètement énucléé, il reste une grande cavité profonde. Quinze ligatures au catgut sont placées sur les principaux vaisseaux, un drain est placé dans la cavité béante. Sutures profondes et superficielles au crin de Florence. Pansement au salol (poudre, gaze, ouate), fortement compressif.

28 juin, 1^{er} pansement. La réunion primitive est fort avancée, on enlève le drain.

5 juillet, 2^e pansement. On enlève les points de suture. Réunion absolue.

Le 14. La malade sort de l'hôpital, guérison complète, la cicatrice est peu visible, la forme du cou est normale.

Aucun trouble fonctionnel de la respiration, de la phonation ou de la déglutition.

EXAMEN DU KYSTE. — La tumeur dont il s'agit était un kyste développé aux dépens du lobe droit du corps thyroïde, du volume d'une orange.

Les parois du kyste sont inégalement épaisses ; dans certains points elles atteignent à peine 2 millim., tandis que sur d'autres elles ont jusqu'à un centim. ; la consistance est aussi inégale et par places la paroi est dure, résistante et crie sous le scalpel. A la face interne de la cavité se trouvent des dépôts fibrineux, rougeâtres. Le kyste contenait environ cent grammes de liquide visqueux, noirâtre, avec des paillettes de cholestérine.

Au microscope on voit que ce liquide renferme des globules sanguins, des corps granuleux et des cristaux de cholestérine. La paroi du kyste a une structure un peu différente suivant les points où a porté la coupe. Dans les régions où la paroi kystique est peu épaisse, la poche est formée essentiellement de faisceaux conjonctifs, denses à la partie moyenne, fasciculés en dehors et contenant de nombreuses cellules volumineuses, arrondies et se colorant fortement par le carmin. Les vaisseaux sont nombreux, dilatés, leurs parois sont épaissies. Sur certaines coupes on voit au milieu d'un tissu dense, amorphe, des cellules ayant tous les caractères des cellules cartilagineuses. Non loin de là, on voit sur quelques préparations des concrétions calcaires. Dans les points où la paroi du kyste est très épaisse, on voit au-dessous de la couche conjonctive, un véritable tissu glandulaire dont le stroma conjonctif est riche en grosses cellules arrondies et fortement colorées. Dans les cavités, une matière jaunâtre amorphe, contenant souvent des cellules polyédriques. A la face interne de ces cavités, une couche de cellules cubiques ou cylindriques forme un revêtement, la plupart de ces cellules contiennent un noyau très apparent.

Cette tumeur kystique s'était développée aux dépens du lobe droit du corps thyroïde ; ce lobe avait donc subi à peu près complètement la transformation kystique, puisque nous n'avons trouvé des traces de la glande que sur certains points de la poche. De plus certaines parties de la paroi kystique étaient infiltrées d'éléments cartilagineux et de granulations calcaires. Le contenu était hématique.

L'énucléation intra-capsulaire de ce kyste du corps thyroïde avait singulièrement facilité l'opération et rendu les suites plus favorables ; puisque malgré le grand nombre de ligatures, et la grande cavité anfractueuse qui résultait de l'opération, la guérison a été rapide, la réunion primitive a eu lieu et la malade est sortie complètement guérie à peu près quinze jours après l'intervention.

L'ablation de ce kyste du corps thyroïde ne nous paraît pas devoir être suivie des phénomènes que l'on a observés parfois à la suite de la thyroïdectomie ; le lobe droit, ayant subi sa transformation kystique, ne fonctionnait plus, le lobe gauche fonctionnait seul probablement depuis longtemps.

Il est donc fort probable que la malade n'éprouvera pas les phénomènes nerveux que l'on pourrait craindre si l'on avait fait une thyroïdectomie complète.

Myxo-sarcome du sein extrêmement volumineux. —

Ablation de la tumeur, par M. VIGNEROT, interne des hôpitaux.

M^{me} C..., âgée de 54 ans, a toujours été bien portante jusqu'à l'âge de 28 ans.

A ce moment elle remarqua qu'elle portait au sein du côté gauche une petite tumeur grosse comme une noix environ. Elle alla consulter Nélaton qui conseilla l'expectation. Le 8 février 1886, la malade vint consulter M. le Dr Monod. La tumeur avait acquis à ce moment le volume d'une petite pomme. Elle formait une masse dure, résistante, située à la partie inférieure d'un sein pendant. La peau était un peu amincie, non adhérente. La malade avait éprouvé récemment quelques douleurs à l'occasion d'un effort. Pas de ganglions. M. Monod pose le diagnostic de fibro-sarcome. La malade est de nouveau revue le 9 juillet 1889. La tumeur offre à ce moment un volume énorme. L'augmentation de volume a été surtout très rapide depuis Pâques 1889. Depuis 8 jours, la tumeur est ulcérée et laisse apercevoir une vaste cavité à son centre. L'état général de la malade est bon.

Opération le 12 juillet 1889, par M. le Dr Monod. Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques voulues, on circonscrit cette énorme tumeur par deux incisions courbes. Malgré la dilatation des veines sous-cutanées, qui donnent du sang dès le début de l'opération, l'ablation de la tumeur est rapidement faite.

La durée est de 20 minutes. La tumeur n'est pas adhérente aux scles pectoraux elle est séparée de ces derniers par du tissu cellulaire qui cède assez facilement. Pas de ganglions appréciables dans isselle.

On en retire un cependant qui paraît sain, pour l'examiner au roscope. La tumeur une fois enlevée, on réunit les deux lèvres de plaie par des sutures.

Pansement iodoformé.

La tumeur forme une masse énorme pesant 5 kilogr. 1/2, sa circonférence est de 0,74 centimètres. Elle présente à une de ses extrémités, du côté du mamelon, une vaste ulcération qui se continue jusqu'à la partie postérieure du côté du grand pectoral. Cette vaste cavité kystique, par où semble s'être éliminée la glande mammaire, est limitée et fermée en arrière par le tissu de nouvelle formation qui constitue la tumeur proprement dite.

En arrière cette sorte de poche est séparée du muscle grand pectoral par une couche de tissu cellulaire lâche. A la coupe le tissu, de la tumeur offre l'aspect du sarcome. La surface en certains points est assez résistante, de couleur blanc grisâtre, dans d'autres points les tissus sont mous, gélatineux presque diffuents, d'une couleur blanc jaunâtre.

La peau est amincie, distendue, elle renferme de grosses veines très apparentes.

En certains points, la tumeur donne une sensation de crépitation fine due au développement de gaz.

Examen histologique.—Les coupes histologiques montrent qu'on se trouve en présence d'un myxo-sarcome. Le ganglion enlevé est normal.

19 juillet. La malade va très bien. Réunion de la plaie par première intention.

Abcès du testicule. Vaginalite suppurée consécutive.

Castration, par VIGNEROT, interne des hôpitaux.

Barthélemy André, âgé de 73 ans, est entré le 8 juillet 1889, dans le service de M. le Dr Monod.

Le père du malade est mort à 35 ans paralysé. Mère morte à 40 ans d'un cancer de l'utérus. Le malade lui-même a toujours été d'une bonne santé.

Il ne possède pas d'antécédents tuberculeux. Il n'a jamais eu de traumatisme au niveau du scrotum. Pas de syphilis. A l'âge de 22 ans, le malade eut pour la première fois une blennorrhagie qui dura plusieurs semaines mais ne fut pas, paraît-il, accompagnée d'orchite.

De 23 à 25 ans, nous trouvons encore à signaler deux nouvelles blennorrhagies qui ne paraissent pas non plus avoir été accompagnées d'orchite. Il y a 7 ans le malade atteint d'un rétrécissement de l'urèthre assez prononcé subit pendant plusieurs semaines la dilatation progressive. Il y a 23 jours le testicule du côté droit qui depuis quelques mois était un peu augmenté de volume devint subitement, au milieu d'une promenade, extrêmement douloureux. Les jours suivants les douleurs persistèrent et des élancements survinrent, privant le malade de sommeil. Le scrotum augmenta de volume, la peau rougit.

Le 8 juillet le malade entre à l'hôpital. La tunique vaginale du côté droit est remplie d'un liquide évidemment purulent.

Le 11. Opération. Large ouverture de la tunique vaginale dont les parois sont un peu épaissies et qui renferme une grande quantité de

pus. Le foyer purulent communique par un orifice avec le testicule lui-même qui laisse échapper des tubes séminifères.

Incision du testicule qui renferme également une collection purulente à son centre. Ablation du testicule. Ligature et section du cordon, grattage de la vaginale et lavage à l'eau phéniquée forte. Sutures de la peau. Drain, pansement iodoformé.

Le 17. Malade presque guéri.

DESCRIPTION DE LA PIÈCE. — Le testicule est un peu plus volumineux qu'à l'état normal. La tunique vaginale qui le recouvre est épaissie et vascularisée. Sur une coupe longitudinale, on aperçoit un abcès du volume d'une grosse noix siégeant au centre même du testicule. Cet abcès communique par une petite ouverture avec la tunique vaginale dans laquelle le pus paraît s'être déversé. Cet abcès est nettement limité par un petit bourrelet rougeâtre. Autour de cet abcès on aperçoit l'épididyme atrophié, déformé et qui n'est guère reconnaissable qu'au niveau de la tête. Le testicule gauche auquel on n'a pas touché, paraît absolument normal. Pas d'épanchement dans la tunique vaginale.

Examen histologique. — Des coupes faites autour de l'abcès montrent que les tubes séminifères ont presque entièrement disparu. Ils sont remplacés par du tissu conjonctif. Les mêmes lésions se retrouvent du côté de l'épididyme. Les canaux spermatiques sont transformés en cordons fibreux, il y a prolifération cellulaire du tissu interstitiel qui les entoure, il en est de même du tissu conjonctif situé autour des vaisseaux.

Tumeur du mésentère, présentée par PAUL DELAGÉNIÈRE, interne des hôpitaux.

Les pièces que nous venons de présenter à la Société anatomique appartiennent à une femme âgée de 45 ans. Entrée dans le service de M. le professeur Guyon, le 4 mai 1889, elle avait été envoyée du service de M. Dieulafoy où on l'avait reçue pour des attaques d'épilepsie dont le début remontait à 3 ou 4 ans. Ces attaques étaient apparues à la suite d'émotions morales violentes et n'avaient au reste porté aucune atteinte à sa santé. C'est par hasard que l'on avait découvert une volumineuse tumeur abdominale dont la malade ne soupçonnait même pas l'existence. Lors de son passage dans le service, l'état général était excellent. La palpation abdominale décèle une tumeur du volume d'une tête de fœtus située dans le flanc gauche et l'hypocondre du même côté, mais dépassant l'ombilic de 2 travers de doigt à droite. Elle ne descend pas dans la fosse iliaque. De consistance ferme, elle est peu rénitente. Mobilité transversale très nette, permettant de déplacer la tumeur et de la porter tout entière à droite de la ligne médiane. Mobilité verticale qui permet de la faire remonter sous les fausses côtes. Mobilité abdomino-lombaire et ballotement très léger. Elle devient immobile par la contraction des parois abdominales. À la percussion, la sonorité conservée en avant de la tumeur décèle la présence de l'intestin. Aucune connexion avec les organes génitaux. Pas de troubles urinaires, mictions non douloureuses avec urines claires et de quantité normale.

Le 11 mai, la malade a une attaque qui dure en tout cinq minutes à peine ; puis elle tombe dans l'assoupissement. Au bout de dix minutes de cet état de somnolence, elle répond aux questions, mais ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent.

Les jours suivants les crises deviennent plus fréquentes, la malade se lève la nuit.

Le 31, la tumeur paraît augmentée de volume ; la malade se plaint de coliques et de douleurs abdominales assez intenses. Le contact lombaire est moins net qu'au début, la rénitence est bien plus accentuée.

L'état reste stationnaire pendant quelques jours.

7 juin. Les crises augmentent de nouveau de fréquence et M. Guyon fait une ponction le 11 juin.

Ce jour-là, l'intestin est distendu. (La malade avait eu une forte diarrhée la veille.) Au moment de faire la ponction on perçoit dans la région lombaire une sonorité qui disparaît après que la malade s'est placée dans le décubitus dorsal.

On peut faire alors la ponction à peu près au niveau du bord externe du carré lombaire. On retire environ 950 gr. de liquide brunâtre d'aspect louche. Ce liquide analysé a donné par litre.

Albumine.....	44 gr. 60.
Urée.....	1 80.
Phosphates 0,55.....	} 7 75 de sels.
Chlorures 7,20.....	
Pas d'acide urique.	

C'est en somme la composition des liquides des kystes séreux du rein dans lequel Méhu a trouvé un peu plus d'albumine et de sels (48 gr. d'albumine, 9 gr. de sels).

Le lendemain, l'état est excellent, toute douleur a disparu. Pas d'attaque. Dans l'hypochondre gauche, on sent une petite tumeur formée probablement par le rein.

Le 23. La malade est souffrante, a quatre crises. En même temps, on constate une augmentation très notable de la tumeur qui reprend presque le volume qu'elle avait avant la ponction. L'état s'aggrave les jours suivants, les crises deviennent plus fréquentes, la malade maigrit et perd ses forces. M. Guyon décide l'opération pour le 2 juillet.

On fait sur la ligne médiane une incision étendue de deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. Cette incision étant jugée insuffisante, on la prolonge de 5 centim. environ. La paroi abdominale complètement sectionnée, on voit apparaître le kyste entouré de péritoine. On ne peut en déterminer nettement l'origine. Ponctionnée avec l'aspirateur, on en retire 800 gr. de liquide analogue à celui de la première ponction. Le kyste ne pouvant être isolé des organes voisins, on incise sa paroi antérieure. On arrive ainsi à son point d'implantation. Il semble être inséré au niveau du mésocolon transverse, sur le côté gauche de la ligne médiane, et se prolonger jusqu'à cette portion du grand épiploon comprise entre la grande courbure et le colon transverse. Il n'offre pas d'adhérences avec les anses intestinales. On l'isole avec peine, après avoir lié un grand nombre de vaisseaux volumineux qui affectent une disposition rayonnée. Une veine, entre autres, offrait un calibre égal à celui du pouce. On enlève ainsi toute la poche, sauf une faible portion, répondant à sa limite

supérieure. Ce moignon est réduit, après avoir été soigneusement désinfecté. On laisse également sans y toucher un volumineux paquet de ganglions qui occupe le côté gauche de la colonne lombaire. On réunit la paroi abdominale au moyen d'un double plan de suture. L'opération a duré en tout 2 heures.

Le soir, la malade a des vomissements dus au chloroforme et dans lesquels elle rend des ascarides lombricoïdes.

Le lendemain, 3 juillet, le ventre est ballonné. On fait prendre de la magnésie à la malade. La température monte à 39°,4.

Le 4. Le ventre est plus souple le matin, mais un peu douloureux au niveau de l'hypochondre gauche. Mais le soir, la malade est très agitée. La température, de 38°,4 le matin, atteint 40° le soir. Les règles qui surviennent le 5, amènent une rémission assez accentuée. Elles cessent le 7 juillet et la température remonte. La plaie abdominale paraît en bon état et est réunie dans toute son étendue. On peut ôter quelques fils.

Le 8. La malade délire et ne répond plus aux questions qu'on lui pose. La langue est sèche, rôtie, en dépit de lotions fréquentes avec de l'eau de Vichy.

Le 9. La malade ayant passé une nuit très agitée, on lui fait une piqûre de morphine qui la plonge dans un profond sommeil.

L'après-midi, comme le pouls s'affaiblissait, on lui fait d'heure en heure deux piqûres d'éther. La respiration se ralentit insensiblement et la malade meurt vers 9 heures du soir après quelques minutes seulement d'une agonie tranquille. Une heure environ avant la mort, la température était de 40°.

L'AUTOPSIE peut être faite 20 heures après la mort. A l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur une cavité située dans le grand épiploon, entre le bord inférieur de la grande courbure et le colon transverse et qui semble au premier abord être la loge occupée par la tumeur.

Ce n'est qu'après l'ablation de tout le paquet intestinal et après une dissection complète que l'on découvre le véritable siège occupé par le néoplasme. La cavité rencontrée après l'incision de la paroi abdominale n'était que la porte d'entrée conduisant à travers les feuillets du grand épiploon et de son arrière-cavité à la loge occupée par la tumeur.

Cette loge est située sur le côté gauche de la colonne lombaire, en dehors et en arrière d'une masse ganglionnaire considérable développée entre les feuillets du péritoine, et en dedans et en avant du rein gauche, masqué par la paroi externe de la loge.

La cavité formée après l'énucléation de la tumeur est occupée par un épanchement sanguin peu abondant.

Il est à remarquer que la paroi externe en contact avec le rein adhère intimement à la capsule graisseuse de cet organe. C'est ce qui explique pourquoi dans les explorations antérieures, en particulier après la première ponction, on n'avait senti le rein déplacé. D'autre part, il y a fusion intime entre la capsule graisseuse et la capsule propre. Cette dernière se laisse difficilement détacher, et l'on arrache en

même temps du tissu rénal. Cette fusion était surtout complète au niveau de la partie inférieure du rein. Cette pièce prouve donc, ainsi que M. le professeur Guyon l'a affirmé, que l'on peut obtenir des adhérences du rein avec les parties voisines par l'intermédiaire de la capsule graisseuse, sans qu'il soit nécessaire de le décortiquer de sa capsule propre. Cela peut donc être d'une grande importance pratique pour la néphrorraphie.

Signalons enfin une disposition anatomique spéciale. On voit en effet une bride péritonéale étendue du mésocôlon iliaque au mésentère et déterminant la formation d'une poche assez considérable où reposait en partie le paquet intestinal.

Rien aux autres organes, sauf une légère congestion hypostatique à la base du poumon gauche.

L'examen histologique de la paroi du kyste doit être fait par notre collègue Albarran. Nous communiquerons plus tard le résultat de ses recherches.

M. POTHERAT. — La mobilité transversale est un des caractères des kystes du mésentère, mais il y a des exceptions à la règle générale.

M. POIRIER. — Ce caractère est loin d'être absolu, M. Bœckel dans son mémoire sur les kystes hydatiques du rein en a trouvé de très mobiles. Il ne faut donc pas accorder à ce signe une très grande valeur au point de vue du diagnostic.

ÉLECTIONS

MM. DEMOULIN, KLIPPEL et LEGRAND sont élus membres adjoints de la Société anatomique.

M. CASTRO est nommé membre correspondant.

M. MÉNÉTRIER est élu membre titulaire.

Séance du 26 juillet 1889.

Anévrysme disséquant de l'aorte, par POULAILLON et LEGRY,
internes des hôpitaux.

Le cas qui fait l'objet de cette présentation a été déjà communiqué à la Société médicale des hôpitaux par M. le Dr Ferrand, dans la séance du 28 juin 1889.

Nous extrayons des bulletins de cette Société l'observation clinique de ce fait ainsi que la relation de l'autopsie, sauf cependant les constatations relatives à la pièce anatomique dont nous donnerons plus loin la description.

Gustave H..., âgé de soixante-dix ans, bijoutier, est entré à l'hôpital Laënnec, salle Cruveilhier, n° 13, le 3 février 1888.

Cet homme, qui accuse avoir eu jusqu'ici une bonne santé et n'a pas, en effet, d'antécédents pathologiques, se plaint de troubles gastro-intestinaux et présente un peu d'ictère.

L'examen physique ne permet de découvrir aucune lésion du côté des principaux viscères. Le foie lui-même paraît peu modifié dans ses caractères, bien qu'il y ait un peu de sensibilité au-dessous de son bord antérieur.

Peu après, l'ictère s'accuse davantage et peu à peu devient verdâtre et persistant.

Au commencement de cette année, le malade se cachectise ; une teinte jaune paille se mêle à l'ictère chronique. La peau est sèche, un peu furfuracée et se plisse facilement.

Les troubles dyspeptiques sont constants et s'accusent surtout en se compliquant de douleur et de ballonnement après les repas. Les selles sont irrégulières ; un peu de diarrhée succède parfois à de la constipation, qui est l'état habituel. Les matières rendues ne sont pas décolorées, si ce n'est, par exception ; la couleur des urines est normale ; elles ne renferment ni albumine, ni sucre, ni pigment biliaire.

Il n'y a rien au poumon ni au cœur ; un peu d'œdème aux chevilles, le soir, paraît se rattacher à la cachexie.

Bientôt deux ganglions un peu durs et assez volumineux se montrent dans l'aisselle gauche, très mobiles et non douloureux. Puis un autre ganglion plus petit se montre au-dessus de la clavicule.

Peu à peu, la cachexie s'accuse davantage ; l'œdème augmente, il y a de l'ascite et de l'œdème pulmonaire. Râles sous-crépitaux dans toute la partie postérieure du thorax, surtout à la base des poumons. Les bruits du cœur s'amointrissent quelque peu, mais on n'y entend pas de souffle.

Mort le 5 juin.

AUTOPSIE, trente-six heures après la mort. — Elle montre un peu d'épanchement dans les plèvres, de la congestion pulmonaire aux

deux bases et un notable œdème des poumons. Léger épanchement péricardique. Le cœur est gros et mou. La *crosse de l'aorte* apparaît notablement agrandie, entourée de ganglions volumineux et durs, et dont la coupe a tout l'aspect du cancer encéphaloïde avec ramollissement au centre de la tumeur. Les ganglions de l'aisselle et de la région sous-claviculaire ont absolument les mêmes caractères. L'*œsophage*, la *trachée* et les *bronches* ne présentent d'autre altération qu'une certaine rougeur de leur muqueuse. Le *péritoine*, qui renferme un peu de liquide clair, est semé, surtout le péritoine pariétal postérieur, comme d'une éruption de granulations abondantes, allant du volume d'un grain de mil à celui d'une lentille. Les plus fines sont confluentes sur le péritoine des fosses iliaques. L'*estomac* renferme d'abondantes mucosités; la muqueuse est grisâtre et ne présente que quelques villosités hypertrophiées sans apparence de dégénérescence. Le pylore est normal. Le duodénum n'est pas altéré non plus. Il contient des matières bilieuses. Rien dans le reste de l'intestin. Le *pancréas*, assez volumineux, ne semble pas non plus altéré ni à la surface, ni à la coupe. En suivant le *canal cholédoque*, on arrive au hile du foie, lequel est occupé par une masse de ganglions durs, adhérents les uns aux autres, ayant le même aspect de dégénération que présentent ceux de l'aisselle et du médiastin. Ils sont adhérents à la face inférieure du foie et englobent les organes du hile : toutefois, les canaux biliaires et sanguins qui les traversent ne paraissent pas avoir subi d'obstruction et la vésicule biliaire, revenue sur elle-même, contient du liquide biliaire et une masse molle et friable, grosse comme une noix, de bile concrète. Le *foie*, déjà putréfié, est peu volumineux, se déchire facilement. Sa surface est lisse, sans brides fibreuses et sans nœuveau quelconque; sa coloration est uniforme, pâle et un peu jaunâtre. Des coupes multiples, pratiquées dans le sens de la hauteur, n'y montrent qu'une coloration uniforme et en aucun point on ne trouve de foyer morbide quelconque. *Rate* petite, plissée, semée de granulations cancéreuses à sa surface, ne présente rien à la coupe. *Reins* mous, se décortiquant facilement; leur substance corticale un peu blanchâtre.

Rien au cerveau; pas d'anomalie artérielle de ce côté.

L'*aorte*, que l'on fut conduit à examiner, parce qu'une incision, faite au cours de l'autopsie, fit voir ce canal double au niveau de sa portion descendante, offre la disposition suivante : Extérieurement, elle ne présente aucune anomalie de forme ni de volume, sauf au niveau du bulbe qui est notablement dilaté. A partir de ce point jusqu'à sa bifurcation, elle est régulièrement cylindrique. Ce n'est qu'après incision du conduit que l'on peut constater les détails intéressants dont nous voulons parler. Dans toute sa portion descendante, l'aorte est double : elle est représentée par deux canaux qui descendent parallèlement au devant de la colonne vertébrale, l'un à droite, l'un à gauche. C'est un peu au-dessous du point culminant de la crosse que l'aorte devient double. En ce point, le conduit de droite se continue à plein canal avec le tronc aortique qui naît du ventricule gauche. Le conduit de gauche se termine au contraire par un cul-de-sac, résultant de l'accrolement des parois opposées. Le septum qui sépare les deux cavités se prolonge en bas au delà de la bifurcation de l'aorte, mais jusqu'à une très faible distance : il se termine en effet dans cha-

cune des iliaques primitives, subdivisé ainsi à sa naissance, à 4 centimètres au-dessous de la bifurcation pour le côté droit, et à 1 centimètre et demi seulement pour le côté gauche. Le septum se termine là sous forme d'éperon saillant dans la lumière du vaisseau.

La forme et la situation respective des deux canaux aortiques n'est pas la même sur toute l'étendue de leur trajet. En haut ils sont placés nettement l'un à droite, l'autre à gauche et la cloison qui les sépare décrit un trajet rectiligne d'avant en arrière. En bas, le canal de gauche contourne un peu celui de droite en avant et en arrière, et forme ainsi une sorte de demi-lune embrassant dans sa concavité le conduit qui lui est accolé.

Le canal droit présente de nombreuses plaques athéromateuses, comme le tronc aortique qui le précède. Le canal gauche offre un aspect tout à fait différent. Sa face interne est recouverte d'inégalités très saillantes sous formes de végétations qui paraissent constituées par des caillots, soit même par du tissu conjonctif. En plusieurs endroits, la cavité du canal est traversée par des brides d'apparence fibreuse qui relient deux parois opposées.

Les deux conduits ne sont pas sans communication dans tout leur trajet. A six centimètres au-dessous du cæcum supérieur du canal gauche, le septum présente un orifice ayant la forme et les dimensions d'une glotte. Les lèvres de cet orifice font une saillie marquée dans le canal de gauche. Toute la partie de ce conduit située au-dessus de l'orifice de communication est remplie par des caillots décolorés. Plus bas, on remarque aussi sur la cloison, de petits orifices nettement circulaires qui correspondent à l'origine des intercostales, ainsi que le démontre la présence de ces artères que l'on voit naître au même niveau du canal gauche. Le tronc coeliaque naît du conduit droit : il en est de même de la mésentérique supérieure, et de la rénale droite. La rénale gauche et la mésentérique inférieure naissent du canal de gauche. En faisant de petites incisions, pour voir le septum au niveau de l'émergence de ces deux dernières artères, on voit que ce septum présente à leur niveau un orifice assez régulièrement circulaire.

L'examen macroscopique de la pièce montre qu'il s'agit d'un anévrisme disséquant de l'aorte. La présence des filaments qui passent à la manière d'un pont, d'une paroi à l'autre du canal gauche, l'aspect de la face interne de ce conduit, l'existence des orifices du septum, au niveau du point d'émergence des artères plaident en faveur de cette manière de voir.

L'examen microscopique l'établit d'une façon irréfutable. Des préparations d'ensemble des deux canaux juxtaposés n'ont pu être obtenues. Mais sur des coupes faites au niveau de l'insertion du septum, on voit que le conduit du côté gauche est creusé dans l'épaisseur de la tunique moyenne. On trouve en effet, en dehors, la tunique externe commune aux deux conduits, puis en dedans d'elle, la tunique élastique. Arrivée au niveau du septum, la tunique moyenne qui a tapissé le canal de droite, ou l'aorte véritable, se dédouble en deux villets, dont l'un va constituer la partie moyenne du septum, tandis que l'autre forme la paroi gauche du conduit de ce côté. La face interne de l'aorte est tapissée par sa membrane interne : la face externe du canal gauche est recouverte de couches stratifiées de lames conjonctives très aplaties. On voit, en certains points, des bourgeons

conjonctifs, en forme de villosités, qui naissent de cette membrane interne conjonctive, et qui font saillie dans la lumière du conduit.

Rupture spontanée de l'aorte, par A. PILLIET, aide-préparateur d'histologie à la Faculté de médecine.

Les ruptures de l'aorte se divisent naturellement en traumatiques et spontanées. Ces dernières se divisent aussi en deux groupes. Le premier et le plus important comprend les cas de lésions du vaisseau dans son trajet intra-péricardique; dans ce cas l'hémorrhagie se fait dans le péricarde. Le second englobe les cas beaucoup moins nombreux dans lesquels la rupture siège sur un point quelconque du vaisseau. Dans le premier cas la mort n'est pas en général immédiate, ni même très rapide, comme il est dit dans les auteurs, et cela tient à des circonstances anatomiques qui sont fort nettes sur la pièce que nous présentons à la Société.

OBSERVATION. — Le nommé Lemblé, Ant., âgé de 67 ans, entre le 16 juillet 1889 à l'infirmerie de l'hospice des Incurables d'Ivry, dirigée par notre maître le Dr A. Gombault. Le bulletin remis à son entrée par la surveillante de sa salle, porte : « Depuis avant-hier le malade se plaint d'étouffement et d'une douleur dans la poitrine. » Le début des accidents remonte donc au 14. C'est un homme grand et fort, vigoureusement charpenté. A l'entrée il est dans un état de collapsus complet, on ne peut en tirer aucune réponse. Pas de paralysie appréciable dans les membres. Les lèvres sont cyaniques, les extrémités froides et violacées, surtout les inférieures. Tout le corps est couvert de marbrures violacées larges et étendues. Les bruits du cœur sont sourds et paraissent éloignés et faibles; cette faiblesse des bruits est plus marquée, à mesure que l'oreille se rapproche de la base où le second bruit n'est guère perceptible. Le pouls est très faible dépressible, on l'écrase facilement. Il est pourtant régulier : 72 pulsations. Il existe à gauche et en avant de la poitrine une voussure assez marquée, formant un triangle à base supérieure et correspondant au cœur. A cette voussure correspond une matité précordiale dont le diamètre transverse atteint 16 cent. à la base. La sonorité pulmonaire est diminuée à la percussion du côté droit en avant. Le murmure vésiculaire est affaibli dans ce point. En arrière, matité assez forte à la base du poumon gauche. Les vibrations thoraciques paraissent conservées, la respiration est diminuée, mais il n'y a pas de souffle. Une ponction exploratrice faite avec la seringue de Pravaz ne donne rien. Le malade se laisse faire passivement pendant l'exploration; il se plaint à la piqure de l'aiguille, retombe ensuite sur son lit comme épuisé. Le palper abdominal révèle un foie très gros descendant jusqu'à l'ombilic et débordant à gauche. La pression sur les insertions diaphragmatiques, au niveau de l'épigastre et dans les deux hypochondres est perçue douloureusement par le malade. La tempé-

rature est de 36° dans l'aisselle. Le soir elle était de 38° dans le rectum. Le malade est mort dans la nuit, tranquillement, par augmentation progressive du collapsus.

AUTOPSIE. — Faites le surlendemain à 10 heures du matin.

Les sugillations et les marbrures violacées que l'on avait constatées pendant la vie persistent sur le cadavre. A l'ouverture du thorax on est immédiatement frappé par le volume considérable du péricarde distendu. Incisé, il est rempli de sang noir à demi liquide. Le cœur est entièrement baigné dans ce sang, mais la plus grande partie du caillot, qu'on peut évaluer à 400 gr., se trouve en arrière du cœur et le soulève. Le cœur est volumineux, en diastole; il présente une surcharge grasseuse assez considérable.

L'incision du ventricule gauche montre qu'il est notablement dilaté, à parois épaisses. Le muscle est d'un jaune pâle, parsemé de petits points blancs qui correspondent à des artérioles épaissies. Les valves de la mitrale sont saines. Les valvules sigmoïdes de l'aorte présentent deux ou trois petits nodules calcifiés, anciens, à surface arrondie, polie et très dure. Immédiatement au-dessus de la valvule postérieure commence une déchirure à bords écartés; l'intervalle qui sépare les parois aortiques rompues étant comblé par une surface bourgeonnante irrégulière, rouge et noirâtre en même temps, et qui est formée par un caillot épais. Cette déchirure mesure environ 6 centim. de haut. L'écartement maximum des deux lèvres dans le sens transversal est de 3 centim. La surface du caillot obturateur est déprimée, en sorte que la perte de substance forme presque une petite poche. L'aorte au niveau de la rupture et de son grand sinus ne présente pas d'athérome. Il en est de même au niveau de la crosse.

Sur une coupe transverse au niveau de la déchirure, on voit que le caillot qui la bouche offre une épaisseur de près de un centimètre. Il se continue avec un infiltrat sanguin de la même épaisseur, situé immédiatement au-dessous de la tunique moyenne de l'aorte. Il est formé de caillots rouges stratifiés qui rigidifient le vaisseau. Cet infiltrat est compris entre la tunique moyenne d'une part, la tunique celluleuse et le péricarde d'autre part. Il se continue, décollant les gaines des vaisseaux, tout autour de l'artère pulmonaire qu'il enveloppe comme l'aorte. Il suit les veines pulmonaires et l'artère jusqu'à la bifurcation de la trachée, où il englobe les ganglions trachéaux chargés d'anthracose. Il double également les oreillettes et descend jusqu'au-dessous des anneaux fibreux du cœur. En effet l'infundibulum préaortique se montre parsemé de taches bleues sous-endocardiques, surtout marquées au-dessous des sigmoïdes aortiques, et l'incision au niveau de ces taches les montre constituées par du sang rouge infiltré au contact du muscle.

Les coupes de l'aorte au niveau de la rupture montrent la cessation brusque des tuniques interne et moyenne. Dans cette dernière existent de nombreuses taches de dégénérescence grasseuse des cellules, qu'on peut accuser par la coloration à l'orcanette. Le caillot est parsemé à ce niveau d'un nombre considérable d'amas de cellules lymphatiques; il est donc en voie d'organisation et date déjà de quelque temps.

En somme il y a eu rupture de l'aorte, infiltration du sang entre les gaines des vaisseaux et le feuillet fibreux du péricarde, puis

rupture de cette membrane en un point qui n'a pu être retrouvé au milieu des caillots adhérents, et enfin, l'épanchement intra-péricardique s'est produit.

Le cœur droit n'offrait rien de spécial ; les deux poumons sont congestionnés, surtout le droit, qui est adhérent en arrière. A ce point existe une plaque de tissu lardacé, épaisse de près d'un centimètre, circonscrivant un petit abcès qui contient environ une cuillerée de pus. Les espaces intercostaux sont ossifiés sur un espace grand comme la main, et le couteau ne peut les pénétrer. Il y a donc là une lésion osseuse ancienne, et un abcès froid.

Le foie est très volumineux, à capsule épaissie ; à la coupe, il n'est pas très muscade, mais plutôt mou et gras.

Rien de spécial au pancréas, à l'estomac, à la rate, aux capsules surrénales, etc.

Les deux reins de volume moyen présentent quelques petits kystes. A la coupe, leur substance corticale est diminuée de hauteur, la graisse a envahi le hile ; le tissu en est ferme et assez pâle.

Les autres organes n'offrent rien de particulier à noter.

RÉFLEXIONS — Il existe sur les ruptures de l'aorte un rapport de Broca, sur un cas de Destouches, dans lequel sont rassemblés les principaux cas connus en 1850 (1). Sur 29 cas, la rupture s'est faite 19 fois chez l'homme, 9 fois seulement chez la femme ; et ce qui nous intéresse davantage, sur 28 cas, l'hémorrhagie a été 19 fois intra-péricardique. La mort serait très rapide ; pourtant dans quatre cas, les malades ont vécu plus d'une heure. « Après une attaque soudaine, les malades sont tombés sans connaissance : on les a crus morts. Puis ils sont revenus à eux lentement après une longue syncope ; ils ont éprouvé une amélioration marquée. Enfin ils ont eu une nouvelle attaque et ont succombé au moment où on les croyait guéris. » Cette description de Broca rappelle beaucoup la phase d'accalmie signalée par M. Albert Robin dans les ruptures non de l'aorte, mais du cœur. Frappé de la longue durée de la survie chez notre malade, et pensant qu'elle se pouvait expliquer par l'infiltration sanguine que nous avons décrite et qui précède l'hémorrhagie, nous avons dépouillé les bulletins de la Société anatomique depuis 1850, et nous avons retrouvé un certain nombre de cas fort semblables, en ne prenant que les faits de rupture de l'aorte dans son trajet intra-péricardique.

(1) BROCA. Rapport sur un cas de rupture de l'aorte présenté par M. Destouches, *Bulletins Soc. An.*, 1850, p. 246.

En 1851, Samet (*Bull. Soc. an.*, p. 25) montre une déchirure transverse chez un homme de 42 ans. Elle portait sur les tuniques interne et moyenne, le tissu cellulaire décollé au-dessous permet de suivre un petit trajet aboutissant à l'orifice péricardique.

En 1852, Broca (*Bull. Soc. an.*, p. 273). Homme de 77 ans. Rupture dans un accès de colère, 260 grammes de sang dans le péricarde. Dissection des deux tuniques internes; le sang passe sous l'externe et pénètre un peu plus bas, à travers celle-ci, dans le péricarde.

En 1858, Gibert (*Bull. Soc. an.*, p. 434): déchirure transverse presque complète au niveau du grand sinus. Mort subite.

En 1864, Lacrouzelle (*Bull. Soc. an.*, p. 376). Femme de 69 ans, de la Salpêtrière, morte, après avoir eu des étouffements toute une nuit et un jour. Rien dans le péricarde, mais le sang occupe la tunique celluleuse de l'aorte et des artères pulmonaires.

En 1865, Chauvel (1) donne l'observation d'un homme de 71 ans. Il existait plusieurs fissures. Décollement de la tunique moyenne, caillot intra-péricardique de 300 grammes environ. Il y avait eu une vive douleur rétro-sternale, et de la dyspnée sans trouble du rythme respiratoire, puis somnolence, assoupissement, mort calme.

En 1867, Boucher (*Bull. Soc. anat.*, p. 471). Homme de 49 ans, mort subite avec énorme caillot intra-péricardique; plaques cartilaginiformes à centre ulcéré sur l'aorte.

En 1868, Beaugrand et Keloch (2) rapportent le cas d'un paludéen de 35 ans. Il y eut grand malaise, sans perte de connaissance, refroidissement, douleur épigastrique, pouls imperceptible, adynamie, vomissements répétés. La rupture avait 3 cent. de diamètre; caillot intra-péricardique.

En 1870, Hanot (*Bull. Soc. anat.*, p. 408) cite une femme de 72 ans morte en 36 heures et admet que ce temps est nécessaire pour la filtration du sang. Nous trouvons la même année (p. 254) un cas de mort subite, de de Lignerolles, chez un homme jeune.

1) CHAUVEL. Note sur les ruptures de l'aorte, *Gaz. méd. de Paris*, 109 et 429, 1865.

2) BEAUGRAND et KELOCH. Note sur un cas de rupture de l'aorte *iz. méd. de Paris*, 1868, p. 283.

En 1877, une observation très complète de Nitot (*Bull. Soc. an.*, p. 446) prise sur un homme de 56 ans, montre l'hémorrhagie filant sous la tunique externe du vaisseau. La maladie a duré à peu près trois jours. Voici les conclusions de l'auteur : Dans un premier temps le sang se serait infiltré petit à petit par l'éraillure des tuniques interne et moyenne et se serait accumulé sous la tunique externe, formant une sorte d'anévrysme disséquant. Puis bientôt cette pression continuelle du sang exercée sur la tunique externe est devenue suffisante pour produire la rupture. Cette explication concorde parfaitement avec les phénomènes qu'a présentés la malade les deux ou trois derniers jours de sa vie, angoisse, dyspnée excessive, après quoi mort subite au moment de la rupture de la tunique externe dans le péricarde.

En 1885, Loppé (*Bull. Soc. an.*, p. 21). Homme de 70 ans, rupture intra-péricardique, mort en 5 heures ; et Durand-Fardel (*id.*, p. 521), homme de 60 ans, épanchement péricardique, mort en 3 heures.

En 1887, G. Lion (*Bull. Soc. an.* p. 866). Rupture spontanée de l'aorte, perforation linéaire, disséquante, sans athérome.

Notre collègue Parmentier a eu l'occasion d'observer récemment un cas semblable : femme, 60 ans, athérome et néphrite interstitielle. Morte la nuit sans troubles prémonitoires. Cœur très gros, à parois très épaisses surtout au niveau du ventricule gauche ; dissection des tuniques de l'aorte allant au-delà de l'origine des vaisseaux de la crosse. Le point de départ était une déchirure transverse située immédiatement au-dessus des sigmoïdes aortiques, au niveau d'une plaque d'athérome décollée.

Il résulte de ces observations, dont beaucoup sont incomplètes, que la mort absolument subite n'a été observée que assez rarement. Le processus pathologique est semblable à celui de l'anévrysme disséquant. Il se fait en deux temps : décollement des gaines, puis hémorrhagie intra-péricardique aboutissant à la syncope.

Quand la rupture siège plus haut, il en est de même, il existe un décollement de la tunique externe puis le sang file dans le médiastin et dans la plèvre. Il forme là un hématome ou fait irruption dans la cavité pleurale. Nous avons relevé

dans les *Bulletins de la Société anatomique* un certain nombre de cas de ce genre.

Il existe enfin une troisième terminaison que nous indiquerons seulement, c'est l'ouverture dans les bronches ou dans l'œsophage.

En résumé : La rupture de l'aorte est surtout fréquente dans son trajet intra-péricardique. Chez le vieillard elle a lieu le plus souvent en deux temps. Les signes cliniques que l'on observe alors sont l'abattement, avec malaise et anxiété parfois extrêmes, le refroidissement périphérique et les désordres vaso-moteurs, la dyspnée sans troubles du rythme respiratoire, la douleur épigastrique qui est à peu près constante, la faiblesse du pouls et du cœur, le tout sans perte vraie de connaissance jusqu'à la syncope finale; et l'augmentation de la matité précordiale. Il peut y avoir accalmie comme dans la rupture du cœur.

La déchirure est le plus souvent longitudinale, quelquefois transverse, avec ou sans écartement. Elle peut être multiple. L'athérome, très fréquent, n'est pas nécessaire. Pour expliquer le siège de la lésion, Rindfleisch (1) propose une théorie ingénieuse. L'altération aortique, athérome ou usure graisseuse existant, il faut une cause mécanique pour déterminer la rupture. Or cette cause serait celle-ci : l'artère pulmonaire est immobile par suite de ses rapports avec le hile; d'autre part la crosse aortique est constamment propulsée en haut. Si les forces qui interviennent sont suffisantes et les tuniques aortiques assez faibles, l'aorte devra se déchirer au niveau de ses attaches avec l'artère pulmonaire. Les deux tuniques internes se déchirent et le péricarde viscéral est détaché de l'origine de l'aorte. L'anévrysme disséquant est effectué. Mais si la poche sanguine ainsi formée se rompt, il en résulte une hémorrhagie mortelle. Cette théorie paraît justifiée par les cas de déchirure circulaire, ou transverse, mais ce sont malheureusement les plus rares.

(1) RINDFLEISCH. *Histologie pathologique*, 2^e éd. franç., p. 256.

Tuberculose à début pulmonaire et à forme apoplectique. — Propagation au pharynx, aux amygdales, au larynx, aux ganglions carotidiens et sus-claviculaires. — Tuberculose intestinale généralisée concomitante, par CARYOPHYLLIS, interne provisoire.

Les pièces, que nous avons l'honneur de présenter à la Société anatomique, proviennent d'une malade du service de M. le Dr Gombault, à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry.

Cette malade, âgée de 75 ans, était relativement bien portante jusqu'au 1^{er} du mois de février de cette année ; elle toussait auparavant, disait-elle, de temps en temps et surtout la nuit.

Vers cette époque, elle a été prise d'un point de côté au-dessous de l'aisselle gauche et d'une toux quinteuse et pénible. Une hémoptysie assez abondante est survenue dès le premier jour, elle crachait à pleine bouche du sang presque pur. Elle se sentait en fièvre, elle avait des sueurs profuses aussi bien le jour que pendant la nuit. Elle a continué à cracher du sang bien rouge pendant 2 semaines ; au bout de ce temps, les crachats ont commencé à prendre la couleur chocolat. Le jour de son entrée à l'infirmerie, le 18 février, on a constaté à la base du poumon gauche de la matité et des râles sous-crépitaux s'entendant à la fin de l'inspiration et pendant l'expiration. Les crachats étaient teintés de sang, la toux persistait, mais moins forte qu'au commencement de la maladie, le point de côté dans l'aisselle gauche existait également. Le 18 février au soir, la température monte à 40°. La fièvre diminue progressivement les 6 jours d'après et le 24 du même mois tombe à 37°. Elle s'y maintient un jour seulement, puis nouvelle ascension de la température jusqu'à 39°. Depuis ce jour celle-ci oscille entre 37°,8 et 38°,8. Les maxima sont toujours au-dessus de 38°. On voit de distance en distance sur le tracé thermique des ascensions brusques de la température, où celle-ci atteint 39° et au delà et qui constituent des irrégularités dans la continuité de la courbe fébrile.

Le 23 mars. Les signes fonctionnels toux, point de côté, persistent mais diminués, les signes physiques de la base du poumon gauche sont fort atténués. La respiration est rude aux sommets. La malade est constipée. Dans la nuit du 24-25 mars elle est prise d'une toux bien forte et quinteuse, qui dure toute la nuit, elle crache du sang rouge et abondant comme au début de sa maladie, mais cette hémoptysie s'arrête bien vite.

Au mois d'avril, des vomissements, apparaissent qui durent pendant tout le mois ; la malade vomit tous les jours et tout ce qu'elle prend. Une diarrhée persistante survient qui affaiblit beaucoup la malade. Les signes fonctionnels du côté du poumon persistent. La fièvre est en 38° 38,5°, la malade se cachectise.

Le 3 mai on constate de la matité à la fosse sus-épineuse droite.

Le 18 mai. Matité et dureté au doigt aux fosses sus-épineuse et sous-claviculaire droite, respiration saccadée, affaiblissement du murmure vésiculaire pas de râles. Quintes de toux très fortes principale-

ment la nuit, qui risquent d'étouffer la malade. Elle remplit des crachats entiers de crachats transparents et gluants, elle ne vomit plus. Elle se plaint de douleurs dans le cou, et en l'examinant on constate par le palper que les ganglions sus-claviculaires et carotidiens des deux côtés sont volumineux et douloureux à la pression.

21 mai. La voix est cassée depuis quelques jours, la toux aussi devient rauque; la malade se plaint de ne pas pouvoir avaler et de sentir mal à la gorge et dans les oreilles pendant qu'elle avale. A l'examen de la gorge on voit que le pilier postérieur gauche du voile du palais est œdémateux.

Le 30. Les ganglions carotidiens et sous-maxillaires deviennent de plus en plus volumineux et douloureux, l'œdème des piliers du voile du palais augmente, il en est de même de la difficulté de la déglutition et de l'extinction de la voix et de la toux. L'œdème commence à devenir dure, la malade entend très difficilement ce qu'on lui dit. On trouve des bacilles de Koch dans les crachats.

15 juin. Dysphagie et dysphonie augmentent de plus en plus, grande difficulté pour la déglutition des liquides, la voix est complètement éteinte. Douleurs fortes dans les oreilles pendant la mastication.

Les piliers des deux côtés et la luette sont œdématisés, leurs vaisseaux, aussi bien que ceux de la base de la langue, sont injectés. Fosses sous-claviculaires et sus-épineuses des deux côtés, matité et vibrations thoraciques augmentées, gros râles. La cachexie fait des progrès rapides, la malade devient squelettique, la peau d'un teint pâle jaunâtre est pour ainsi dire transparente et peut donner le change avec les téguments d'un cancéreux.

Une diarrhée persistante se déclare, la prostration s'empare de la malade, un léger œdème des membres inférieurs apparaît et celle-ci meurt le 4 juillet avec une température de 39°.

A l'AUTOPSIE, faite 24 heures après la mort, on trouve : au sommet du *poumon droit* une très grande excavation, qui occupe tout le lobe supérieur, et qui est remplie d'une matière brunâtre et sanieuse exhalant une odeur repoussante; la paroi de l'excavation ne présente point cette couche blanchâtre pyogène des anciennes cavernes, au contraire la paroi est molle et diffluente, l'excavation n'est en somme que le résultat d'une sorte de gangrène pulmonaire. Au voisinage de cette excavation on trouve par places de la pneumonie fibrineuse. Le lobe inférieur est à peu près indemne d'inflammation, mais parsemé de tubercules très nombreux. Au sommet du *poumon gauche* on trouve des tubercules en assez grand nombre et une petite caverne.

Rate très volumineuse, diffluente, mesurant 15 cent. de long.

Le *foie* pèse 1150 gr., muscade, non amyloïde. On ne distingue pas à l'œil nu des tubercules à la surface de section.

Reins. Les deux pèsent 230 gr., sont pâles, se décortiquent à peu près bien, cependant sont légèrement granuleux à la surface.

Le *cœur* pèse 225 gr. pâle, couleur feuille-morte, le ventricule gauche dilaté.

Système digestif. — Le voile du palais et la luette sont épaissis, œdématisés, couverts de mamelons rosés translucides et par places exulcérés. Des amygdales on ne trouve plus aucune trace, elles sont converties en cavernes remplies d'une matière putrilagineuse et à

fond bourgeonnant. L'épiglotte est renversé en avant, son bord supérieur est globuleux, sa face postérieure est couverte d'ulcérations peu profondes.

Les replis aryténo-épiglottiques sont raccourcis, épaissis, leur surface couverte de mamelons de couleur rosée et plus ou moins translucides.

Dans le *larynx* en regardant par en haut on voit que la muqueuse des cordes-vocales supérieures et inférieures est boursoufflée et érodée par places.

Les *ganglions carotidiens* de chaque côté sont volumineux, durs et forment une sorte de chapelet longeant la trachée. A la section on ne trouve pas de foyer de caséification à leur intérieur.

L'estomac paraît sain, sa muqueuse est lisse, pas de tubercules apparents ni ulcérations.

Intestins. — A la face muqueuse du duodénum on trouve une ou deux petites ulcérations peu profondes. Au fur et à mesure qu'on descend vers les parties inférieures de l'intestin grêle on rencontre des ulcérations de forme arrondie ou ovale de plus en plus nombreuses, de plus en plus étendues et profondes; les ulcérations deviennent presque cohérentes vers la fin de l'iléon, leur volume est celui d'un petit pois à celui d'une pièce de 1 franc.

La valvule iléo-cæcale est entourée du côté de l'intestin grêle par une ulcération en forme de couronne.

Dans le cæcum, les ulcérations sont les plus abondantes et les plus étendues; il y en a qui ont le diamètre d'une pièce de deux francs.

Dans le gros intestin on trouve aussi des ulcérations mais plus petites et infiniment moins nombreuses que dans l'iléon et le cæcum. On en rencontre jusqu'à la partie inférieure du rectum. Les *ganglions* du mésentère sont augmentés de volume, mais à la section on ne voit pas de foyer de caséification. Sur le péritoine mésentérique on constate dans certains endroits des petites granulations semi-transparentes à peine visibles et peu abondantes, il y en a, mais très rares, par ci par là sur la surface péritonéale de l'intestin.

A l'examen *microscopique* les granulations du mésentère présentent la structure caractéristique du tubercule miliaire. Dans le foie aussi le microscope nous a révélé l'existence de très nombreuses granulations tuberculeuses avec leurs cellules embryonnaires périphériques mieux délimitées et mieux colorées par le carmin, tandis que les cellules du centre fixent moins bien la matière colorante et parmi celles-ci se trouvent par places des cellules géantes caractéristiques.

RÉFLEXIONS. — Notre observation est remarquable, croyons nous, à plus d'un titre. La tuberculose débute chez cette femme âgée de 75 ans brusquement, comme une maladie aiguë infectieuse, avec point de côté, toux quinteuse, hémoptysie et fièvre. L'hémoptysie, dit le professeur Jaccoud (Leçon in *France médic.* 23 juillet 1889), dans la tuberculose pneumonique est persistante et se répète. En effet chez notre

malade nous voyons le crachement de sang qui persiste pendant 2 semaines au début de la maladie et se répète un mois et demi après.

La marche de la tuberculose chez cette malade, qui est âgée, ne l'oublions pas, de 75 ans, a été relativement bien rapide, puisqu'il a suffi de 5 mois pour que l'issue fatale survienne.

Les déterminations de la maladie ont été multiples et non moins curieuses. La malade entre à l'infirmerie au mois de février avec des signes pulmonaires et sans aucun phénomène du côté du système digestif. Les signes du poumon suivent une marche progressive avec certaines oscillations, puis deux mois après, au mois d'avril, des troubles gastro-intestinaux, vomissements et diarrhée, apparaissent; elle se plaint presque en même temps de dysphagie, de maux de gorge, et dans les oreilles, on constate une certaine raucité de la voix. On examine la malade en ce moment et on constate un œdème du voile du palais et de ses piliers avec injection des vaisseaux, et un gonflement douloureux des ganglions carotidiens et sous-maxillaires. Le larynx, le pharynx, le tube gastro-intestinal sont donc pris secondairement; par la déglutition des crachats, selon toute probabilité.

Le côté anatomique de notre observation nous paraît non moins intéressant. Le processus destructif de la maladie dans tous les organes qu'elle a frappés, a suivi une marche rapide. Les sommets des deux poumons se sont transformés dans l'espace de 4 mois, en 2 vastes excavations gangréneuses. Les amygdales ont été bientôt éliminées et à leur place il n'est resté que deux cavernes remplies de matières sanieuses. Dans cette élimination des amygdales par sphacèle, il y a peut-être lieu d'attribuer une large part à la thrombose des petits vaisseaux, veines et capillaires, remplis de bacilles, qui a été vue par MM. Cornil et Babès (mémoire de mai 1883), et qui a été constatée et dessinée tout récemment par M. Stchastny (Sur la formation des cellules géantes et sur leur propagation dans la tuberculose de l'amygdale et de l'épiglotte, in *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 mai 1889).

A l'intestin enfin nous voyons la tuberculose généralisée bien décrite dans nos classiques. (Histologie path. de Cornil et Ranvier. Anat. pathol. de Lancereaux) qui affecte la forme ulcéreuse par excellence; il y a de larges ulcérations, entre

autres, agglomérées à la partie inférieure de l'intestin grêle et dans le cæcum.

Celles-ci ressemblent à s'y méprendre aux plaques ulcérées de la fièvre typhoïde, et dont il ne serait pas commode de les différencier, s'il n'y avait les quelques rares et petites granulations du péritoine mésentérique et intestinal et les tubercules que le microscope nous a révélés au foie.

Dans un travail fait au laboratoire de M. le professeur Cornil (Tuberculose intestinale chez l'homme, in *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 mai 1889), par M. Tchistovich, nous lisons parmi ses conclusions ce qui suit : 1° les tubercules de l'intestin, *lorsque l'infection s'est faite par le contenu de l'intestin, c'est-à-dire par l'alimentation ou les crachats avalés*, débute dans les couches muqueuse ou sous-muqueuse. *C'est dans cette catégorie de cas, qu'on trouve le plus souvent des ulcérations.* Dans la tuberculose miliaire généralisée au contraire, le processus se localise dans le tissu conjonctif sous-séreux. C'est la granulie d'Empis.

2° Dans la tuberculose à début muqueux, la propagation en profondeur, c'est-à-dire du côté de la sous-séreuse, est considérablement empêchée par la couche musculaire. Ce rôle de la couche musculaire est bien plus prononcé dans les faits de début par la séreuse. *Là en effet on n'observe presque jamais d'ulcérations de la muqueuse.* Chez notre malade il existait de larges et abondantes ulcérations de la muqueuse, tandis qu'il n'y avait que de rares granulations dans la séreuse péritonéale. Nous voyons donc que l'hypothèse que nous avons émise de la contamination consécutive du tube gastro-intestinal par les crachats avalés est confirmée aussi bien par les constatations anatomiques, que par les faits cliniques.

VACANCES

La Société se déclare en vacances pendant les mois d'août et de septembre.

OCTOBRE

Séance du 4 octobre 1889.

PRÉSIDENTE DE M. LETULLE

Squirrhe de la petite courbure de l'estomac. Ulcérations cancéreuses par propagation disséminées au péritoine viscéral et pariétal, par CARYOPHILLIS, interne provisoire.

Les pièces, que nous avons l'honneur de vous présenter, proviennent d'un malade âgé de 76 ans, mort au service de M. le Dr Gombault à l'hospice d'Ivry. Ce malade, quelque temps avant d'entrer à l'infirmerie, a commencé à perdre l'appétit et à tousser ; il est arrivé à la fin à refuser toute espèce de nourriture. Lorsqu'on l'a transporté à l'infirmerie 4 jours avant sa mort, il présentait un état de prostration extrême, il ne pouvait guère donner de renseignements sur son état antérieur. On ne parvenait qu'avec une grande difficulté à lui faire avaler quelque nourriture. A l'examen par le palper, on constatait que la région épigastrique était douloureuse, le malade faisait des grimaces et y portait sa main, lorsqu'on lui pressait l'épigastre. La température a augmenté progressivement jusqu'à 39°,8 et le malade est mort dans le coma.

A L'AUTOPSIE, faite 34 heures après la mort, nous avons trouvé les poumons très congestionnés à la base et avec des foyers de broncho-pneumonie. Les reins étaient petits et se décortiquaient difficilement.

A l'estomac, comme vous pouvez-vous en rendre compte encore actuellement, on trouve dans sa petite courbure une masse pas très volumineuse, dure au toucher. A la face muqueuse du viscère correspondant à la tumeur on ne constate point de bourgeons néoplasiques ; à peine on aperçoit une exulcération large comme une pièce d'un franc et peu profonde. Les parois de l'estomac à cet endroit ne sont pas bien épaisses. La tumeur dans sa plus grande épaisseur mesurait 2-3 centimètres. Il n'y a pas de dilatation de la cavité stomacale. Le passage du pylore est libre. Le reste de la muqueuse ne présente pas d'altération appréciable.

Les lésions les plus importantes sont celles du péritoine. En effet en examinant cette séreuse on voit qu'elle est littéralement parsemée

d'ulcérations, aussi bien dans son feuillet viscéral, que sur son feuillet pariétal. Sur son feuillet viscéral, à la partie qui constitue le mésentère, on constate une grande quantité d'ulcérations ; les unes ont nettement leurs bords taillés à pic, les autres, et c'est le plus petit nombre, sont comme cicatrisées, ombiliquées. Leur volume varie de celui d'une lentille à celui d'un petit pois, leur profondeur est variable aussi, mais elle ne dépasse pas 0,003 0,004 mill. Leur fond est irrégulier. Au voisinage des ulcérations on ne voit à l'œil nu aucune alteration de la séreuse et notamment on n'aperçoit pas sur le péritoine ces trainées lymphangitiques de couleur blanchâtre, qu'on rencontre dans d'autres cas de propagation du carcinome au péritoine ou au foie. Le nombre des ulcérations, est surtout considérable vers le bord adhérent du mésentère. Le méso-côlon présente les mêmes lésions. Le grand épiploon dans la partie droite est replié sur lui-même, noirâtre, et ses plis sont adhérents entre eux. La portion pariétale du péritoine, aussi bien celle qui tapisse la face postérieure de la paroi abdominale, que celle qui revêt la face inférieure du diaphragme, porte les mêmes lésions à forme ulcéreuse, et tout à fait analogues à celles qu'on trouve sur la portion viscérale. Elles sont même assez nombreuses. La cavité de l'abdomen ne contenait pas trace de liquide. Les autres viscères ne présentaient rien de particulier ; le foie était congestionné par places, mais on n'y constatait pas de noyaux cancéreux.

Sur des coupes *microscopiques*, faites par M. Pilliet, interne du même service, et provenant de la tumeur de l'estomac, on voit très nettement la structure de l'épithélioma. Sur ces coupes, les tubes à cellules cylindriques sont rares, tandis que le stroma formé de faisceaux de tissu conjonctif adulte est très riche ; il s'y mêle une notable quantité de tissu élastique ; dans les alvéoles que ce tissu circonscrit on voit des cellules nucléaires entassées.

Sur des coupes passant par les ulcérations péritonéales on trouve la même structure que celle de la tumeur principale, avec cette différence, qu'ici les tubes à cellules cylindriques sont beaucoup plus nombreux et leur élimination rapide semble constituer l'ulcération.

L'intérêt de cette observation réside dans la forme ulcéreuse qu'a affectée le néoplasme dans sa propagation au péritoine, et qui est très rare. Dans des communications antérieures, une faite par M. Pilliet (Soc. anatomique, 1888, p. 422) et une autre faite par nous même (Soc. anat., 1889, p. 441), on trouve des faits comparables. Dans celle de M. Pilliet la péritonite cancéreuse a la forme lymphangitique, dans la nôtre le néoplasme propage aux lobules graisseux du péritoine se rencontre sous forme de nodules.

Kyste mucoïde congénital de la région présternale, par M. CHRETIEN (de Poitiers).

Hortense F... religieuse, âgée de 26 ans, entre le 23 juin 1889 à l'Hôtel-Dieu de Poitiers, cabinet n° 3.

D'une bonne santé habituelle, régulièrement réglée, la malade ne présente aucun antécédent pathologique. Des sa première enfance, ses parents avaient remarqué l'existence d'une petite tumeur arrondie, indolente, au niveau de la partie supérieure du sternum. Cette tumeur

ne donna lieu à aucun accident jusqu'à l'âge de 10 ans. A ce moment, elle augmenta de volume, et bientôt s'ouvrit spontanément. Il s'écoula une certaine quantité de liquide et la poche se referma très vite, reprenant promptement son volume primitif. En 1883, pendant une première grossesse, la tumeur s'accrut de nouveau, devint douloureuse et fut incisée par un médecin un mois après l'accouchement. L'ouverture persista pendant 15 jours environ. Le liquide se reproduisit encore ; en 1888, nouvelle grossesse, nouvelle poussée du côté de la tumeur qui, trois semaines après la délivrance, s'ouvre spontanément et laisse échapper du pus, puis le trajet s'oblitére encore.

Quand la malade entre à l'Hôtel-Dieu, nous constatons l'existence d'une tumeur molle, fluctuante, grosse comme une mandarine, située au devant de la première pièce du sternum, et débordant légèrement en haut la fourchette ; mobile en tous sens, cette tumeur est recouverte par la peau qui glisse à sa surface, et qui est un peu altérée par l'application de diverses pommades. Une cicatrice apparaît au point le plus déclive. La pression n'est nullement douloureuse ; il y a cependant de temps à autre quelques petits élancements, et on détermine une douleur assez vive en refoulant la tumeur en haut, et en pressant le sternum au point qu'elle recouvre ordinairement. L'état général de la malade est excellent.

Le 24 juin, nous pratiquons suivant le diamètre vertical de la tumeur une incision de trois centimètres. Il s'écoule environ un verre à bordeaux de pus homogène mêlé de sang ; après avoir nettoyé la cavité avec des tampons de coton phéniqué, nous examinons l'intérieur de la poche, qui est revêtu d'une membrane d'un rouge vif, parsemée de nombreux petits mamelons papillaires, et d'aspect tout à fait muqueux. Cette membrane dépasse en haut la fourchette et s'enfonce au dessus d'elle, constituant là une dépression en cul-de-sac ; la partie moyenne de la cavité est resserrée entre les articulations sterno-claviculaires, de telle sorte que l'ensemble de la poche a un peu l'aspect d'un bissac. La portion sus-sternale présente au fond un petit repli dans lequel on cherche vainement à introduire un stylet.

La cavité tout entière est bourrée de tarlatane phéniquée et de poudre d'iodoforme. La malade n'a, à la suite de cette incision, aucune réaction fébrile, et le pansement enlevé trois jours après, ne contenait pas de pus.

Le 3 juillet, la malade est endormie par le chloroforme, et nous pratiquons l'extirpation du kyste. La paroi muqueuse est séparée par dissection de la peau à laquelle elle adhère par un tissu conjonctif assez dense, et du sternum qui n'est pas mis à nu. Cet os ne présente pas de malformation. La poche est isolée de toutes parts, et nous ne trouvons, en aucun point, de tractus la reliant aux organes du cou. La plaie est détergée avec des tampons de coton phéniqué, et cinq points de suture en réunissent les lèvres. Pansement iodoformé et phéniqué légèrement compressif.

Les suites ont été aussi simples que possible ; la température est restée normale ; pas de douleurs, appétit excellent. Les fils furent enlevés le 8, et la malade quitta l'hôpital le 13, complètement guérie.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. Après durcissement de la pièce dans l'alcool, nous avons pratiqué des coupes dont l'étude fournit les résultats suivants : la face interne de la membrane kystique est tapissée

par un épithélium cylindro-conique stratifié d'une grande épaisseur. Les cellules se terminent par une pointe fine très allongée. Leur surface est recouverte par une couche de détritits globulaires qui prennent une teinte verte sous l'action du picro-carmin. La dissociation de ces cellules dans le sérum iodé montre que la couche la plus superficielle des strates est pourvue d'un plateau surmonté de cils vibratiles. Leur noyau, bien coloré, est très volumineux ; leur pointe effilée s'enlance entre les cellules des couches profondes qui sont plus courtes et depourvues de cils. Cet épithélium est séparé du chorion muqueux par une membrane basale à la surface de laquelle est une rangée de petites cellules d'un rouge vif. L'ensemble de ce revêtement forme une série de saillies papillaires, au milieu desquelles on voit quelques culs-de-sac glandulaires en doigt de gant ou légèrement ampullaires. L'épithélium de ces glandes est semblable à celui que nous venons de décrire. Le chorion muqueux, fort épais en quelques points, est limité profondément par de gros faisceaux conjonctifs au milieu desquels apparaissent des fibres élastiques et des capillaires sanguins. Dans quelques préparations ce tissu prend l'aspect du tissu muqueux, et l'on y voit des cellules anastomosées en réseau à larges mailles. Les faisceaux sont d'autant plus colorés et plus denses qu'on s'éloigne davantage de la paroi kystique.

Cancer de l'estomac ; communication de la petite courbure avec le colon transverse, par M. LYON, interne des hôpitaux.

W... Marie, âgée de 33 ans, couturière, entrée le 21 mai 1889, salle Ste-Jeanne, n° 17 (Hôtel-Dieu. Service de M. Germain Sée, suppléé par M. Letulle). Père mort de pleurésie à 65 ans. Mère morte à 53 ans d'un épithélioma utérin. Rien à relever dans les antécédents personnels ; les fonctions digestives en particulier ont été parfaites jusqu'aux derniers mois de l'année 1888 ; à cette époque la malade fut prise brusquement de vomissements et ressentit quelques douleurs stomacales, mais peu intenses ; à la suite du régime lacté longtemps continué une certaine amélioration se produisit, mais cette amélioration ne se maintint pas ; le lait lui-même ne fut plus toléré et l'anorexie devint absolue. Au mois d'avril, la malade fut admise dans un service hospitalier où l'on porta le diagnostic de dilatation de l'estomac ; le lavage de l'estomac fut pratiqué, mais quatre fois seulement ; d'ailleurs une nouvelle rémission se produisit, et la malade se considérant guérie, partit pour la campagne ; à ce moment l'appétit était revenu, les vomissements avaient cessé, et l'estomac tolérait toute espèce d'aliments.

Aussi, quand la malade entra dans le service de M. Sée, ce fut moins pour des troubles digestifs, qu'en raison de l'anasarque dont elle était atteinte depuis quelques jours.

Au moment de son entrée, l'état était le suivant :

L'aspect était celui d'une cachectique, mais il n'y avait pas de teinte jaune paille à proprement parler ; les membres étaient œdématisés, le visage bouffi ; on constatait la présence d'une certaine quantité de liquide au niveau des parties déclives de l'abdomen. La pression exercée au creux épigastrique ne déterminait aucune dou-

leur ; une palpation attentive ne donnait aucun indice de l'existence d'une tumeur ; mais l'on pouvait constater une dilatation considérable de l'estomac qui clapotait à plusieurs travers de doigt au-de-sous de l'ombilic. On tenta vainement d'obtenir du suc gastrique ; la sonde fut arrêtée au niveau du cardia et l'on s'abstint de nouvelles tentatives. Rien à relever du côté des autres organes. Ni sucre ni albumine dans les urines. Pendant les quatre mois du séjour de la malade à l'hôpital, les vomissements ne reparurent pas et l'appétit persista jusqu'aux deux ou trois semaines qui précédèrent la mort ; à aucun moment il n'y eut d'hématémèses. La malade succomba le 20 septembre aux progrès de la cachexie.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du ventre il s'écoule un litre environ de liquide ascitique ; le péritoine était sain.

L'estomac présentait les dimensions suivantes : 15 cent. de la petite à la grande courbure ; 36 cent. dans la plus grande largeur. A la coupe on constata un cancer infiltré, non ulcéré, siégeant au niveau de la petite courbure et intéressant inégalement les deux orifices ; le cardia était peu rétréci ; le pylore, encore partiellement perméable, admettait un manche de porte-plume.

La petite courbure et le colon transverse étaient adhérents et communiquaient par un orifice à contours arrondis et dont le diamètre dépassait sensiblement celui d'une pièce de 2 francs.

Il n'y avait pas d'autres adhérences entre l'estomac et les organes voisins ; le colon était intéressé par le néoplasme, mais sur le pourtour de l'orifice seulement.

Pas de noyaux secondaires dans le foie ni dans les autres organes.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un cancer colloïde.

RÉFLEXIONS. — Ce cas nous a paru digne d'être relaté, car il présente de l'intérêt au point de vue clinique comme au point de vue anatomique.

Les fistules gastro-coliques sont très rares ; Cruveilhier constate le fait dans son traité d'anatomie pathologique et les bulletins de la Société anatomique de ces dernières années n'en font pas mention.

Lorsque la malade entra dans le service de M. Sée, on pouvait hésiter entre deux diagnostics : celui de dilatation de l'estomac qui avait déjà été porté dans un autre service et celui de cancer du même organe ; la perte des forces, l'aspect cachectique et même l'œdème s'observent aussi bien dans les dilatations graves de l'estomac que dans le cancer ; de plus, la malade n'avait que 33 ans, c'est-à-dire un âge où l'on n'admet pas volontiers le cancer, bien que les observations de cancer précoce se soient multipliées dans ces dernières années.

Mais le diagnostic de dilatation simple fut rejeté, pour ce

motif que la maladie avait débuté assez brusquement au cours d'une santé jusqu'alors parfaite; or, les phénomènes généraux graves qui accompagnent la dilatation ne se manifestent que chez des dyspeptiques de vieille date, qui souffrent de l'estomac depuis de longues années.

Restait l'hypothèse du cancer à laquelle on se rallia. Toutefois deux symptômes présentés par la malade semblaient contradictoires si l'on admettait le cancer; l'estomac était dilaté, et la malade ne vomissait pas, ou tout au moins les vomissements avait subitement cessé depuis quelque temps; l'existence d'une dilatation considérable impliquait un cancer du pylore, de sorte que l'absence de vomissements semblait paradoxale (à moins que l'on n'admit une incontinence du pylore par suite d'ulcération de la tumeur, ce qui paraissait peu probable).

L'autopsie a donné la raison de cette apparente anomalie; la cessation brusque des vomissements s'explique naturellement par l'ouverture de la communication entre l'estomac et le côlon et c'est par son intestin que la malade « vomissait ». On comprend en outre l'amélioration très notable constatée chez la malade, amélioration qui pouvait contribuer à induire en erreur sur le diagnostic réel; les aliments passaient rapidement dans l'intestin, qui suppléait dans une large mesure à l'insuffisance de la digestion stomacale.

Tirons de ce fait cet enseignement qu'un cancer du pylore ne s'accompagne pas forcément des vomissements tardifs et abondants classiques, et d'autre part qu'une dilatation avec état général grave, mais sans vomissements, ne doit pas faire a priori exclure la possibilité d'un cancer; c'est là une difficulté de plus dans le diagnostic pendant entre la dilatation et le cancer.

Abcès tuberculeux d'origine ganglionnaire ouvert dans l'œsophage. Hématémèse foudroyante, par PIERRE BOULLOCHE, interne des hôpitaux.

Les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société proviennent d'un malade mort dans le service de M. le Dr Debove à l'hôpital Andral. Cet individu, âgé de 45 ans, d'une santé médiocre, toussant déjà depuis quelques mois, avait rendu deux jours avant son entrée une assez grande quantité de sang qu'il évaluait à un litre. Il ne demeura dans nos salles que quarante-huit heures et pendant ce temps il continua à rejeter, par très petites quantités à la fois, et sans quintes de

toux, du sang noir, très fétide, mêlé à des débris alimentaires. Aucun autre symptôme n'attira l'attention du côté de l'œsophage ou de l'estomac. Sur ces entrefaites, il eut un vomissement de sang très abondant et succomba en quelques instants.

AUTOPSIE 25 heures après la mort. — Tuberculose pulmonaire bilatérale au deuxième degré. Tuméfaction de la plupart des ganglions du médiastin dont quelques-uns sont caséeux. La trachée et les bronches sont vides de sang. Par contre il y en a une très grande quantité dans l'estomac et dans l'intestin grêle; ces deux viscères sont sains.

Dans l'œsophage, on trouve sur sa face antérieure au niveau de la bifurcation de la trachée, une perte de substance circulaire, à bords nettement découpés, du diamètre d'une pièce d'un franc, intéressant toutes les tuniques de l'œsophage. Cette ulcération vient s'ouvrir dans une poche à paroi très épaisse, du volume d'un œuf de pigeon, située au-dessous de la bronche droite, mais ne communiquant pas avec elle. Elle est remplie de sang à peine caillé et ne contient pas de débris alimentaires. A sa partie supérieure, elle adhère à un des ganglions du groupe inter-trachéo-bronchique, très hypertrophié et ayant subi en partie la dégénérescence caséeuse. C'est dans cette poche que s'est faite l'hémorragie, en deux temps, à laquelle le malade a succombé. On ne retrouva pas l'artère qui lui avait donné lieu, probablement un des rameaux de l'artère bronchique; son ouverture dans l'œsophage explique les caractères un peu spéciaux de cet écoulement de sang et la difficulté du diagnostic entre une hématomèse et une hémoptysie.

Quelle était l'origine de cette perforation ?

L'absence de toute callosité au niveau des bords, le siège trop élevé de l'ulcération empêchaient de penser à un ulcère de l'œsophage, affection très rare d'ailleurs; ce n'était pas non plus une caverne pulmonaire ouverte dans le canal œsophagien. Le point de départ des accidents se trouve dans le ganglion tuberculeux qui communique avec la poche; sa fonte caséeuse a donné lieu à un véritable abcès froid qui s'est ouvert dans l'œsophage. Nous pouvons d'ailleurs observer sur cette pièce le premier stade de ce travail ulcératif. A six centimètres au-dessous de la perforation il y avait un soulèvement circulaire de la muqueuse œsophagienne par une masse caséeuse, certainement tuberculeuse, bien qu'elle ne renfermât pas de bacilles. Cette masse puriforme infiltrait toutes les tuniques de l'œsophage, qu'elle avait en quelque sorte disséquées, sur une hauteur de deux centimètres jusqu'à un ganglion tuberculeux duquel elle provenait. C'est l'abcès résultant de la fonte de ce ganglion qui avait fusé jusque sous la muqueuse. Nul doute que si les accidents avaient eu le temps d'évoluer ils n'eussent abouti ici à une perforation analogue à celle que nous avons signalée plus haut.

Séance du 11 octobre 1889.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL

**Rétrécissement mitral et rétrécissement tricuspïdien
chez une jeune fille de 20 ans, par M. LYON, interne des
hôpitaux.**

C... Berthe, âgée de 19 ans, modiste, entrée le 2 octobre 1889, salle Ste-Jeanne, n° 14 (Hôtel-Dieu. Service de M. Germain Sée, suppléé par M. Letulle).

Antécédents. — Pas de maladies graves à relever dans les antécédents; pas de fièvre typhoïde ou de fièvres éruptives; ni chorée ni rhumatismes.

Une sœur est morte à dix-huit ans d'une affection cardiaque.

Dès l'enfance C... a été sujette aux palpitations et s'essouffait facilement. Elle a été soignée il y a deux ans dans le service de M. Germain Sée et l'on reconnut un rétrécissement mitral; on porta le diagnostic de chlorose cardiaque.

Etat actuel. — La malade est en pleine asystolie au moment de son entrée; le cœur bat d'une façon désordonnée; on peut cependant par intervalles percevoir un roulement présystolique; à l'auscultation du poumon on perçoit des râles nombreux disséminés des deux côtés. La malade succombe à l'asphyxie progressive le 6 octobre,

AUTOPSIE. — *Poumons.* Les poumons sont farcis d'infarctus récents. La base du poumon gauche est splénisée, et paraît avoir été le siège d'un épanchement sanguin ancien.

Cœur. Pas d'adhérences péricardiques; une plaque laiteuse sur la face antérieure du cœur, au niveau de la naissance de l'aorte. Le cœur est considérablement hypertrophié; le ventricule gauche et les deux oreillettes ont une épaisseur double de l'épaisseur normale; à l'ouverture de l'oreillette gauche on constate que l'orifice mitral constitue le fond d'un entonnoir dont l'orifice inférieur est bordé de végétations calcaires anciennes; l'orifice n'admet que le manche d'un porte-plume; l'anneau est sclérosé; les piliers et les cordages ne sont pas rétractés. L'oreillette droite contient une grande quantité de caillots cruoriques; pas de coagulations fibrineuses dans l'auricule.

L'orifice tricuspïde, également rétréci, est bordé de végétations qui paraissent plus récentes; il n'admet que l'index.

Poie muscade.

Reins congestionnés.

RÉFLEXIONS. — Il nous a paru intéressant de relater ce nouveau cas de rétrécissement tricuspïdien.

Remarquons qu'il a été constaté chez une femme, ce qui

est conforme aux indications fournies par les auteurs (86 cas chez la femme sur 108. Thèse de Leudet, 1889).

D'autre part la coïncidence avec le rétrécissement mitral n'échappe pas à la règle commune ; le degré du rétrécissement était également plus prononcé à ce dernier orifice, ainsi que cela a été fréquemment constaté.

Quant à l'étiologie de cette lésion orificielle double, nous sommes réduits à l'hypothèse d'une affection d'origine congénitale, en l'absence des causes habituelles d'affections cardiaques chez les jeunes gens. Cette hypothèse est encore corroborée par l'existence chez une sœur de la malade d'une affection cardiaque.

Luxation scapulo-humérale avec fracture du col anatomique, par M. MAUCLAIRE, aide anatomie.

La pièce que nous avons l'honneur de présenter à la Société est une tête humérale provenant d'un malade entré le 23 août dans le service de M. le professeur Duplay, remplacé par M. le Dr Poirier et dont voici l'observation résumée.

Cet homme, âgé de 37 ans, était monté le matin même pour la première fois sur un bicycle ; à la suite d'une fausse manœuvre, il fut lancé en avant, tomba sur la main et le coude du côté droit, le membre supérieur étant porté en avant ; l'épaule ne toucha le sol que consécutivement. Le malade éprouva une sensation de craquement très intense dans l'épaule, une douleur très vive et en se relevant l'impotence fonctionnelle du membre était complète. Il fut examiné quelques heures après par un médecin qui, croyant avoir affaire à une luxation simple, fit des tentatives de réduction ; mais n'obtenant aucun résultat, il lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

A son entrée, c'est-à-dire le lendemain de l'accident, le malade se présente le coude très écarté des parties latérales du tronc ; l'axe de l'humérus dirigé en haut vers le creux sous-claviculaire. Au palper de l'aisselle on sent assez superficiellement une saillie osseuse arrondie représentant manifestement la tête humérale, qui remuait légèrement quand on imprimait des mouvements au bras. Pas de crépitation pendant les mouvements modérés du membre supérieur, mais douleur assez vive quand on pressait au niveau du sillon pectoro-deltoidien. Etant donnés l'écartement du coude, la saillie de la tête humérale dans l'aisselle, les mouvements de celle-ci accompagnant ceux de l'humérus, on pouvait croire à une luxation de l'épaule. Je ne parle pas de la mensuration du membre ; la région de l'épaule était trop œdématisée. Mais les premières tentatives de réduction firent percevoir une crépitation caractéristique et remarquer la facilité avec laquelle le coude se rapprochait du tronc ; le diagnostic de luxation scapulo-humérale avec fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus était donc évident.

Restait à préciser quelle portion de la tête humérale était fracturée.

Mais le gonflement énorme de la région scapulaire rendait le diagnostic bien difficile : tout au plus pouvait-on admettre comme probable une fracture du col anatomique, étant donné l'absence de raccourcissement du bras et la transmission assez nette des mouvements de l'humérus à l'extrémité supérieure du fragment inférieur, que l'on sentait dans le sillon pectoro-deltoidien ; cela faisait prévoir que le bras de levier était très large et que si la fracture n'était pas du col anatomique, du moins elle ne devait pas en être bien éloignée. Comme troubles fonctionnels outre une impotence complète du membre, le malade accusait des fourmillements dans les doigts.

Trois jours après l'accident, les phénomènes inflammatoires étaient un peu calmés, M. Poirier fit une première tentative de réduction avec le chloroforme, en essayant de refouler la tête humérale pour la mettre en contact avec le fragment inférieur ; mais elle ne donna aucun résultat, toujours la tête venait butter contre la face interne du fragment inférieur malgré une forte extension du membre avec des mouffles.

Le lendemain nouvelle tentative de réduction sous le chloroforme et avec l'aide de M. le Dr Hennequin, qui fut suivie également d'un succès.

La question d'intervention fut agitée et M. Poirier se décida à faire l'extraction de la tête fracturée. C'est ce qui fut fait le 30 août. Après une incision dans l'aisselle comme pour la ligature de l'artère axillaire, on tomba sur la tête humérale, située derrière le paquet vasculo-nerveux. Elle était complètement isolée et rattachée par aucun débris périostique au fragment inférieur ; elle fut extraite à l'aide d'un tire-fond et sa surface convexe maintenue en avant pour ne pas blesser les vaisseaux et nerfs. Quant à la capsule articulaire, il n'en restait que des débris et la cavité de l'articulation était remplie d'une assez grande quantité de sang. Il s'agissait donc bien d'une luxation scapulo-humérale avec fracture du col anatomique et non pas d'une fracture du col anatomique avec luxation de la tête dans l'aisselle. L'hémorragie veineuse étant assez abondante, des pinces furent laissées en place. Pansement, le coude étant très rapproché contre le corps pour mettre l'extrémité supérieure du fragment inférieur devant la cavité glénoïde. Deux jours après, les pinces sont enlevées, la plaie fut suturée, drainée et elle était complètement guérie au bout de trois semaines sans aucune élévation de température.

C'est alors que les mouvements forcés de l'articulation furent commencés. Le deltoïde était assez atrophié, l'extrémité supérieure de l'humérus est un peu portée en avant ainsi que nous l'a fait remarquer M. Hennequin. Aujourd'hui, c'est-à-dire 50 jours après l'accident, le mouvement d'abduction, qui augmente de plus en plus depuis que l'on électrise le malade, est porté à 45° environ. Les mouvements de rotation en dedans et en dehors de tout le membre supérieur sont très marqués ; le malade porte facilement sa main derrière son dos et en avant sur la ligne médiane du corps et tout fait prévoir que d'ici quelque temps les mouvements seront assez développés pour que cet homme puisse se servir de son bras d'une façon utile. C'est là d'ailleurs. l'avis qu'a émis notre excellent maître le professeur Duplay après avoir examiné le malade.

Voici le fragment osseux qui a été extrait, on voit que le trait de fracture passe bien par le col anatomique. Cette pièce est assez rare

et c'est pourquoi nous la présentons ici. Le plus souvent, en effet, les fractures de la tête humérale sont des fractures comminutives par écrasement ou bien ce ne sont que des décollations incomplètes de la tête humérale, le trait de fracture passant plus ou moins en dedans du col anatomique ainsi que le fait remarquer Stimson (*Treatise of fractures and dislocations*, 1883).

Nous n'avons pas l'intention d'insister sur l'anatomie pathologique et le mécanisme de cette fracture ; ayant l'intention d'étudier ce qui a été dit sur cette question dans un travail ultérieur. Nous ne ferons que quelques remarques sur le traitement.

M. Oger, dans sa thèse de doctorat de 1884, sur les luxations scapulo-humérales compliquées de fracture, admet quatre méthodes de traitement.

Dans la 1^{re} méthode ou *méthode de refoulement*, on réduit immédiatement sous le chloroforme. C'est celle que M. le professeur Richet a recommandée dans un mémoire à la Société de chirurgie en 1852. C'est celle qui a réussi à beaucoup de chirurgiens, à M. Duplay entre autres, dans un cas où, n'étant pas sûr de réussir, il avait proposé des poinçons spéciaux pour repousser la tête humérale dans la cavité glénoïde. Nous avons vu que cette méthode a échoué ici deux fois. D'ailleurs elle ne réussit guère que dans le cas de fracture de col chirurgical, où on a plus de prise pour refouler le fragment fracturé.

Dans la 2^e méthode ou *méthode ancienne*, on s'occupe d'abord de la fracture et on ne réduit qu'après la consolidation de celle-ci. C'est une méthode qui n'a guère donné que trois succès cités dans la thèse de M. Oger. De plus elle ne nous paraît devoir réussir que dans le cas de fracture du col chirurgical.

Dans la 3^e méthode ou *méthode de Ribéri*, on ne fait aucune réduction et on fait simplement exécuter des mouvements au membre. Cette méthode a donné quelques succès (5 cas, thèse citée).

Enfin la 4^e méthode, indiquée par Delpech (*Maladies chirurgicales*, t. III, et Cliniques de Montpellier) et que l'on a appelé *méthode de Delpech*, n'a guère été suivie qu'une fois. Elle consiste à faire l'extraction de la tête luxée. Dans l'observation que nous venons de résumer, l'insuccès la méthode de refoulement, la présence dans l'aisselle de tête humérale en contact avec le paquet vasculo-nerveux

qu'elle commençait à comprimer, légèrement il est vrai, étant donné les fourmillements qu'éprouvait le malade, la crainte de voir ce fragment osseux déterminer un abcès de l'aisselle (cas 44, thèse d'Oger), enfin la sécurité que donne l'antisepsie bien faite, ont déterminé l'opérateur à faire l'ablation pure et simple de la tête fracturée et à mettre l'extrémité supérieure du fragment inférieur en regard de la cavité glénoïde pour déterminer plus tard par des mouvements forcés la formation d'une nouvelle articulation.

Nous n'avons trouvé qu'un seul cas où la tête humérale ait été ainsi extraite de parti pris quelques jours après l'accident. Il existe bien un cas (thèse d'Oger, cas 44) où on enleva la tête humérale quatre ans après l'accident, parce qu'elle avait déterminé l'apparition de fistules qui se tarirent après l'opération. Le cas analogue dont nous avons parlé est rapporté par M. Morvan (*The American Journal of the medical science*, 1884, p. 173). Et encore la figure jointe à l'observation paraît indiquer une simple décollation partielle de la tête, c'est-à-dire que le trait de fracture paraît passer un peu en dedans du col anatomique. De plus, le malade mourut 15 jours après l'accident de diarrhée et d'épuisement.

Le cas de M. Poirier est le seul que nous connaissions où l'extraction de la tête pour une luxation scapulo-humérale compliquée de fracture du col anatomique ait été suivie de rétablissement, très probablement en grande partie, des mouvements de l'articulation de l'épaule.

M. POIRIER. Pour le choix à faire entre les différentes méthodes de traitement proposées dans le cas de fracture du col anatomique accompagnant la luxation de l'épaule, il faut tenir grand compte de l'antisepsie, qui permet de faire l'extraction de la tête sans crainte d'accidents; on peut voir, d'après cette observation, que cette tête n'est pas indispensable au fonctionnement de l'articulation. Il y a un point qui reste obscur; c'est le mécanisme par lequel se font les fractures de ce genre. Elles sont difficiles à expliquer; je les attribuerais volontiers à des détails de structure qui font de l'humérus l'os le plus fragile du squelette.

Deux observations de tumeurs du médiastin, par
H. MALLET, interne des hôpitaux.

OBS. I. — *Lympho-sarcome hémorrhagique.* — Le nommé Tiss... Louis, âgé de 46 ans, est entré le 12 juin 1887, à l'hôpital Tenon, salle Lorain, n° 5, dans le service du Dr Letulle.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux. Le malade ne se souvient pas d'être resté jamais alité sauf il y a trois ans pour une pleurésie qui n'aurait duré qu'une quinzaine de jours.

Il y a trois semaines, le 22 mai, fatigué déjà depuis quelque temps, il dut cesser complètement son service de garçon d'hôtel. Dès lors il commença à perdre l'appétit, à maigrir et à tousser.

Le 4 juin, à la suite d'un accès de toux, il cracha à peu près un verre de sang noirâtre. Ces hémoptysies se reproduisirent plusieurs fois jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, le 12 juin.

A cette époque, on remarque que le malade est encore assez fortement musclé et que l'état général n'est pas mauvais. Pas de troubles du côté du tube digestif.

L'inspection du thorax dénote une voussure thoracique manifeste en avant et la percussion donne une sonorité exagérée à la partie moyenne en arrière et à droite tandis qu'on trouve de la matité à la base gauche.

A ce niveau le murmure vésiculaire est affaibli mais on perçoit les bruits du cœur tandis que dans le point qui correspond à la sonorité exagérée on entend un souffle rude qui paraît être un bruit trachéal.

Sous les clavicules, sonorité et respiration un peu exagérées. La partie antérieure du thorax présente de chaque côté du sternum, vers le bas, une voussure, et au niveau desquelles on constate nettement des battements isochrones. La pointe du cœur bat faiblement au-dessous du mamelon gauche, dans le cinquième espace.

Le poulx est petit, dépressible; il semble plus faible à gauche qu'à droite. Le foie ne paraît pas augmenté de volume mais il est légèrement abaissé.

A l'auscultation on entend un souffle systolique à la pointe, propagé vers l'aisselle. En dehors de la ligne mamelonnaire droite, au niveau de la voussure mentionnée précédemment, on perçoit aussi un souffle systolique rude, dû peut-être à la propagation du souffle du cœur. On le retrouve très nettement en arrière.

Le 15 juin, le malade déclare qu'il se sent un peu mieux, mais il a de la céphalalgie et l'oppression est assez marquée.

4 juillet. La dyspnée est très accentuée; il y a de l'œdème de la face, du cou et de la partie supérieure du thorax à droite.

Le malade a éprouvé des vertiges qui par deux fois ont déterminé un brusque mouvement de rotation de gauche à droite assez violent pour le faire tomber du lit. Les extrémités sont froides. Le sommeil a disparu. Même chose pour l'auscultation.

L'examen du sang montre qu'il n'y a pas une augmentation du nombre des leucocytes.

Le 10. Le malade s'affaiblit de plus en plus. Dyspnée, insomnie, œdème de la face, du cou et du mamelon droit très accentués. Le souffle bronchique en arrière est moins étendu qu'au moment de l'entrée à l'hôpital.

Depuis deux jours un signe très important est apparu : on a trouvé pour la première fois, dans les deux aisselles, surtout à droite des ganglions durs et assez petits mais facilement appréciables.

Les mêmes signes ont persisté en s'accroissant jusqu'au moment de la mort, survenue dans la nuit du 16 au 17 juillet.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du thorax, dans la plèvre droite on trouve un liquide abondant, jaune citrin foncé. Dans la plèvre gauche il y a deux litres environ de liquide semblable. Elle est tapissée de fausses membranes et cloisonnée par des tractus fibreux de formation récente.

Le tissu cellulaire du médiastin antérieur est densifié et adhérent à la face postérieure du sternum. On cherche le cœur qui est caché sous une tumeur volumineuse, occupant tout le médiastin antérieur. Cette tumeur mesure environ quinze centimètres de large sur douze de hauteur. Le cœur est comprimé et comme aplati contre le diaphragme par la masse néoplasique.

Le poumon droit, refoulé excentriquement, ne paraît pas envahi par la tumeur à la partie antérieure de laquelle il est simplement accolé. Le poumon gauche adhère plus intimement à la partie correspondante du néoplasme. La languette antérieure est comme écrasée sur la masse cancéreuse et il est difficile de dire à l'œil nu si elle est envahie par la dégénérescence.

Vue par le médiastin postérieur, la tumeur présente une large surface étendue sur toute la hauteur. L'œsophage est refoulé sur la gauche.

Poumons. — Le parenchyme pulmonaire ne présente à droite qu'un noyau secondaire sous-pleural siégeant à la partie postérieure et inférieure du lobe supérieur. Ce noyau atteint à peu près les dimensions d'une grosse aveline.

A gauche, atelectasie s'expliquant par la compression due à l'épanchement. Nulle part il n'y a de traces de tubercules.

Cœur. — Se trouve couché horizontalement sur le diaphragme et comprimé largement par la masse néoplasique. Cette disposition explique l'absence d'œdème des membres inférieurs, la veine cave inférieure s'ouvrant facilement encore dans l'oreillette. Au contraire, on s'explique malaisément que la veine cave supérieure n'ait pas donné lieu plus tôt à des phénomènes de compression. Du reste on trouve dans l'intérieur de cette veine un volumineux bouchon cancéreux ; mais il est impossible de déterminer le point où les parois veineuses sont détruites et où il a fait irruption.

La symphyse du péricarde est très intense ; il faut en quelque sorte sculpter le cœur qui adhère fortement sur tous les points à son enveloppe.

La tumeur est élastique. Par des coupes faites d'avant en arrière, on voit que le centre est en dégénérescence caséuse très avancée. Mais en même temps de larges foyers hémorragiques se sont produits, çà et là, si bien que l'on peut dire qu'il s'agit d'une tumeur très vasculaire, probablement sarcome hématoïde. On trouve à l'aisselle quatre ou cinq ganglions envahis. L'un d'eux est gros comme une noix.

Foie. Pèse 1830 gr. Ferme, un peu muscade. Dans le lobe droit on trouve un noyau secondaire gros comme un pois.

Pancréas. Très ferme. Présente un canal central dilaté dans toute son étendue, et contenant un assez grand nombre de petits calculs. La tête est un peu dure, d'aspect gris jaunâtre, comme lardacé. Elle n'a pas cependant l'apparence néoplasique, mais plutôt celle de la dégénérescence graisseuse. Le tissu est infiltré d'une assez grande quantité de sable.

Rate. — Petite : 70 gr. Ferme.

Reins. — Poids normal. Congestionnés.

Capsules surrénales saines.

Estomac, duodénum, gros intestin normaux.

Les ganglions de l'intestin grêle sont un plus saillants, mais non cancéreux. On trouve un petit lipome sous-péritonéal près de la naissance du jejunum.

Vessie, prostate et testicules, sains.

Examen histologique fait par notre maître, le Dr Letulle. Il démontre qu'on se trouve en présence d'un lympho-sarcome hémorragique en voie de caséification très avancée. Au milieu de traves fibresseuses très largement espacées et représentant la gangue fibro-conjonctive du médiastin antérieur, on observe de place en place des amas cellulaires très remarquables constitués par des séries de grosses cellules sarcomateuses plutôt arrondies ou cubiques que fusiformes, et disposées suivant un ordre très précis. Ces grosses cellules polymorphes, munies d'un ou plusieurs noyaux volumineux se groupent dans les espaces plasmatiques les unes à la suite des autres, sous forme de trabécules radiales autour d'un centre occupé par un vaisseau veineux. Cet aspect, très constant sur toutes les coupes donne l'impression de pseudo-lobules comparables à des lobules hépatiques mais ayant au centre une veine assez considérable.

Sur d'autres points, l'aspect de la tumeur est tout autre ; il s'agit manifestement d'un tissu réticule ; la disposition des vaisseaux capillaires auxquels s'attachent les fines fibrilles d'un réticulum lymphatique est des plus caractéristiques. Dans les mailles du réticulum existent des éléments cellulaires en tout semblables aux cellules lymphatiques.

Obs. II. — Lymphadénome. — La nommée Mal... Marie, âgée de 40 ans, entre le 25 août salle Maurice Raynaud, dans le service du Dr Letulle. Elle est placée au lit n° 8. La malade, enceinte de quatre mois et demi, raconte qu'elle a fait une chute il y a trois semaines environ. Depuis, elle a été prise des accidents pour lesquels elle entre à l'hôpital. Du côté droit du thorax on trouve une voussure très accentuée : les côtes sont repoussées en avant et forment au niveau de l'articulation chondro-sternale une saillie en crochet mesurant au moins un centimètre.

Matité complète dans toute l'étendue de la poitrine y compris la fosse sus-claviculaire, vibrations thoraciques abolies. Souffle intense à l'expiration, égophonie, pectoriloquie aphone. Pas d'œdème de la aroi thoracique ; pas de fièvre. Mais la malade est très faible, l'oppression extrême. Une ponction faite le soir donne issue à 800 gr. d'un liquide séro-purulent. Des fausses membranes semblent avoir obturé l'orifice du trocart, car l'écoulement s'est arrêté brusquement de lui-même.

On fait passer la malade dans un service de chirurgie où l'empyème doit être pratiqué le lendemain matin.

A peine a-t-elle absorbé quelques grammes de chloroforme qu'elle a une syncope et meurt. Cependant l'opération avait pu-être commencée et l'incision avait donné issue à environ deux litres de liquide séropurulent.

AUTOPSIE. — On trouve dans le thorax une énorme tumeur qui en occupe toute l'étendue ; elle adhère en avant au sternum et en arrière à la colonne vertébrale sur toute la hauteur du médiastin.

Le *poumon* gauche est sain et la plèvre correspondante n'est pas intéressée.

Le *poumon* droit est repoussé contre la colonne vertébrale et masqué à la vue par la tumeur qui s'étend au devant de lui. La plèvre pariétale est épaissie et la cavité pleurale cloisonnée en tous sens par de nombreuses membranes peu épaisses. Dans les aréoles ainsi formées il n'y a plus de liquide mais une matière gélatineuse et gluante. Le *cœur* est refoulé en bas et un peu à gauche. Le feuillet pariétal du *péricarde* est envahi à sa partie supérieure droite par la dégénérescence cancéreuse. Les parois du cœur sont saines. L'épicarde est épaissi au niveau de l'artère pulmonaire et du sillon antérieur interventriculaire.

Les autres viscères sont sains ; seul le cerveau n'a pas été examiné.

Les ganglions du médiastin étaient largement envahis.

Quelques petits ganglions dans l'aiselle ; ils auraient pu être perçus pendant la vie. La colonne vertébrale ainsi que la paroi sternale n'étaient pas atteintes.

Examen histologique. — Montre qu'on a affaire à un lymphadénome dont la structure ne présente aucune particularité digne d'être mentionnée.

REMARQUE. — Nous avons eu récemment l'occasion de présenter à la Société un autre cas de tumeur du médiastin. Il s'agissait d'un fibro-sarcome. De cet ensemble se dégagent un assez grand nombre de remarques pathogéniques, cliniques et anatomo-pathologiques. Nous ne ferons que signaler l'origine probable de ces néoplasmes aux dépens du thymus. Mais toutes ces considérations prêteraient à de trop longs développements. Elles ont fait l'objet d'une clinique de notre maître le Dr Letulle (*Semaine médicale*, n° du 18 septembre) et prendront place dans un mémoire ultérieur.

Séance du 18 octobre 1889

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL

Résection du nerf maxillaire supérieur (Procédé SEGOND),
par E. POTHERAT, prosecteur à la Faculté, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.

Au dernier congrès de chirurgie de langue française, M. le Dr Segond a fait connaître un procédé de résection qu'il a mis en œuvre dans 3 cas de névralgie rebelle du nerf maxillaire supérieur. Ce procédé consiste à aller au sommet de la fosse ptérygo-maxillaire faire la résection du nerf avant la naissance de ses branches, avant la naissance, en particulier, des afférents du ganglion de Meckel.

Je n'insiste pas sur les détails de l'opération, qui donna 3 succès, détails magistralement exposés par notre excellent maître. Je rappellerai seulement qu'elle consiste dans la mise à nu de l'arc zygomatoco-malaire, suivie de la section très oblique de l'os malaire, le plus près possible de la face, avec fracture de l'arc zygomatique, et renversement en dehors, ce qui découvre le bord antérieur du crotaphyte et l'apophyse coronoidale. M. Segond écarte alors en arrière le muscle, ce qui lui crée un champ assez vaste si l'apophyse coronoidale est modérément développée ; dans le cas contraire, où cette apophyse a un développement anormal, elle gêne singulièrement, et masque une bonne partie du champ opératoire : c'est ce que M. Segond a fait remarquer, c'est ce qui résulte nettement des nombreuses dissections que, sous sa direction, j'ai entreprises à ce sujet, et dont je vous présente un bon nombre de spécimens.

Mais ces dissections nous ont montré encore un autre détail anatomique bien plus important que le précédent et sur lequel j'appelle l'attention de la Société. Le crotaphyte récliné en dehors, on aperçoit dans la profondeur, en arrière la face externe du muscle ptérygoïdien externe d'une part, d'autre part en avant de ce muscle, la fente ptérygo-maxillaire, au sommet de laquelle se trouve le nerf. Or on remarque que tantôt il est facile, avec le crochet mousse dont se sert M. Segond, de pénétrer dans cette fosse pour y accrocher le nerf, tantôt cet manœuvre est difficile, tantôt même impossible. Cet obstacle, d'importance variable, est un obstacle osseux.

La face externe de la grande aile du sphénoïde est divisée en deux surfaces de directions différentes : 1 supérieure, regarde en dehors, elle fait partie de la fosse temporale, 1 inférieure regarde en avant et en bas, elle fait partie de la fosse zygomatique. C'est à la partie antérieure d'elle que se trouve le trou grand rond. « Entre ces 2 surfaces se trouve, dit M. le professeur Sappey, une petite ligne rugueuse qui quelquefois porte une petite épine ».

C'est cette ligne rugueuse que nous avons examinée avec soin, et nous avons constaté sur l'os frais, ainsi que vous le voyez, que rare-

ment il n'y a qu'une simple épine, mais plus souvent, un gros mamelon, et même un énorme tubercule, très antérieur, dominant la surface sous-jacente, et masquant partiellement, complètement même, comme vous le voyez sur ces pièces, la fente ptérygo-maxillaire. Or, peut-on savoir si ce tubercule sera très développé? Oui. En effet c'est un tubercule d'insertion du muscle ptérygoidien externe (faisceau externe), il sera donc d'autant plus développé que ce muscle sera plus développé; donc il sera plus développé chez l'homme que chez la femme, chez l'individu à appareil masticateur fortement développé que chez celui où il sera plus faible. M. Segond qui 3 fois a opéré sur des femmes a été peu gêné par ce tubercule que nous pourrions appeler le *tubercule ptérygoidien*, ou mieux *tubercule maxillaire*, pour marquer l'importance de son rapport avec le nerf maxillaire supérieur; cela se conçoit et vous voyez sur les crânes de femmes que la fente ptérygo-maxillaire est très accessible. Mais il est loin d'en être ainsi sur les crânes d'hommes et particulièrement sur quelques-uns, ainsi que vous pouvez en juger par ces pièces. En pareil cas, faudrait-il renoncer à l'opération? Non, il suffirait, chose bien facile, d'abattre avec la gouge et le maillet ce tubercule, pour rendre très accessible la fosse ptérygo-maxillaire qu'il masque. On le voit, il y avait donc un certain intérêt à attirer l'attention sur les dispositions anatomiques de cette région et en particulier sur le *tubercule maxillaire* du sphénoïde.

Un dernier point mérite, au point de vue opératoire, d'être signalé. Vous voyez sur ces pièces combien la région qui traverse le maxillaire supérieur est riche en artères (maxillaire interne et ses branches): or malgré cette richesse vasculaire, M. Segond, dans aucun de ses cas n'a eu d'hémorrhagie; en aucun il n'a été obligé de faire de ligature; et cependant il a obtenu dans tous la réunion immédiate sans drainage, après restitution en place, bien entendu, de l'arc zygomatoma-malaire, de sorte qu'il n'en résulte pour la face absolument aucune déformation.

Lymphadénome malin. — Forme infectieuse, par DAGRON, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Lesp..., Hector, âgé de 20 ans, garçon boucher, est entré le 7 septembre 1889, dans le service de M. Terrier, salle Jarjavay, n° 16, à l'hôpital Bichat. On ne trouve dans sa famille aucun antécédent relatif à l'affection que nous allons décrire, aucune diathèse, soit tuberculeuse, soit cancéreuse, soit rhumatismale. Dans son enfance, il n'a jamais été malade, il n'a pas dû travailler de bonne heure, sa famille pourvoyant à ses besoins jusqu'à l'âge de quinze ans. Il commença, à cet âge, son apprentissage de garçon boucher; sa santé était alors parfaite. Dès l'âge de seize ans, il tenta d'exercer son métier à Panama, où il séjourna six mois. Il revint en France, fatigué des accès de fièvre intermittente qu'il avait contractés là-bas, un mois après son arrivée. Sa santé se rétablit assez vite en Europe, et, un an après, il retournait à Panama. Il fut, au bout de quinze jours repris de nouvelles fièvres. Dans un but de lucre, il resta cependant, mais il dut se surmener, pour travailler malgré son état fébrile; aussi

quand il revint en France, cinq mois après son départ, sa santé était devenue très défectueuse ; il était considérablement amaigri. Il se remit cependant en quelques semaines, et put repartir pour New-York où il travailla près d'un an. Là, il eut plusieurs accès de fièvre intermittente, moins forts qu'à Panama toutefois.

Il était de retour en France, au commencement de l'année 1888. Vers le mois de mars, il constata pour la première fois à la partie latérale gauche du cou de petites glandes qui augmentèrent suffisamment vite pour l'inquiéter. Il consulta : on lui conseilla divers topiques qui n'eurent aucun effet. Les ganglions cervicaux augmentèrent toujours de volume ; le malade n'en ressentait aucune douleur, mais il était souvent sujet à de violents accès de fièvre, d'une durée de quinze jours environ et qu'il attribuait à son état paludique.

C'est à la suite d'une de ces périodes fébriles qu'il entra à l'hôpital Bichat, le 8 décembre 1888. On constatait alors que la région cervicale gauche était augmentée de volume ; il existait là plusieurs ganglions gros comme des noix, mobiles, durs, indolores, situés en arrière du sterno-mastoïdien. Le malade présentait comme unique trouble fonctionnel, de la fièvre. A la fin du mois, on songea à lui retirer ces ganglions, puisqu'il paraissait n'y en avoir qu'au cou. On en enleva un seul, situé sous l'oreille en bas et en arrière de l'apophyse mastoïde. La guérison de la plaie se fit en quelques jours.

La fièvre persistant, M. Terrier fit pratiquer des injections naphtolées, suivant la formule de M. Bouchard, dans l'intérieur même des ganglions. On répéta ces injections depuis le 23 janvier 1889, toutes les semaines, puis tous les trois jours. La température qui oscillait entre 39° et 40°, tomba à 37° à partir du 1^{er} février.

Le 22 février, à la suite d'une de ces injections, le malade accusa de la douleur, le cou se tuméfia considérablement, et cette tuméfaction s'accompagna de fièvre (39°). On supprima les injections. Le 5 mars, tout était rentré dans l'ordre ; le cou avait diminué progressivement, au point que le malade croyait à sa guérison complète.

Cet état persista jusqu'au 18 mars ; à ce moment, sans cause appréciable, sans qu'on puisse cette fois accuser une injection mal faite, la température remonta à 39°. La région cervicale gauche se tuméfia de nouveau ; les ganglions devinrent plus durs, plus volumineux ; les mouvements du cou furent gênés. Cette nouvelle phase aiguë persista jusqu'au milieu du mois d'avril ; la maladie repassa ensuite par une nouvelle période inflammatoire. Alors, accusant le séjour de l'hôpital d'entretenir son état, il sortit le 29 avril 1888. Il passa son été à la campagne, essaya en vain de travailler, toujours inquiété par ses accès fébriles intermittents. Les tumeurs ganglionnaires augmentèrent de nombre, de volume ; après son départ, on en avait noté au-dessus et au-dessous de la clavicule ; maintenant elles étaient devenues très sensibles dans la région axillaire. Cet accroissement rapide l'effraya, aussi reentra-t-il à l'hôpital le 7 septembre 1889.

Le malade est un homme petit, quoique bien constitué, amaigri, pâle. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la déformation du cou. A gauche, la tête semble se continuer directement avec les épaules. Cette déformation est due à la présence de tumeurs multiples, dures, non douloureuses, grosses comme des noix, mais soudées entre elles ; car leur mobilité a disparu. On note cette dureté, dès la branche montante

du maxillaire inférieur, et on la suit jusqu'à la clavicule. Aucun point n'est ramolli, pas même dans le voisinage de la cicatrice de la plaie, par laquelle on a enlevé un ganglion l'an dernier.

En dessous de la clavicule on note une saillie formée par la continuation de la tumeur cervicale à la région axillaire, et on retrouve la suite de ce massif ganglionnaire dans le creux de l'aisselle et jusque sur le bord inféro-externe du grand pectoral. Là, les ganglions sont plus mobiles. Partout ils sont durs et indolores ; partout la peau est saine. On ne sent pas de ganglions semblables à droite, il n'en existe pas à la région inguinale : par la palpation abdominale on en retrouve dans les fosses iliaques ; par le toucher rectal, on constate qu'il n'en existe pas dans le petit bassin.

La percussion, la palpation font reconnaître l'augmentation de volume du foie, et surtout de la rate. Ces viscères ne sont pas douloureux à la pression.

L'examen direct de la gorge, l'examen de la cavité thoracique par la percussion et la palpation ne révèlent aucun signe nouveau. Le malade a bon appétit : il avale bien, il digère bien ; il respire facilement, avec un peu de dyspnée toutefois quand il marche un peu vite. On ne constate aucun trouble du côté des organes génito-urinaires. Les urines sont normales.

En résumé, on voit que l'affection lymphadénique a fait des progrès sensibles, puisqu'elle a gagné le médiastin. Cette généralisation empêche toute intervention chirurgicale. Le malade est mis à l'arsenic qu'on supprime d'ailleurs bientôt, à la suite d'une forte diarrhée.

Le 18 septembre, le malade commence une nouvelle poussée fébrile (40°) et il persiste d'une manière continue au-dessus de 40° jusqu'au 25 du même mois. A cette date, la fièvre devient rémittente le matin, jusqu'au 3 octobre. Nouvelle phase continue (39° à 40°) ; puis nouvelles rémittences. Un nouveau symptôme vient s'ajouter à l'état du malade ; la face est souvent cyanosée, le membre supérieur gauche est œdématié, non douloureux. Signalons encore quelques épistaxis.

Le malade s'accommodait assez bien de son état, puisque le 15 octobre, il demande à passer une quinzaine de jours à l'asile de Vincennes. Mais le 14, il fut pris d'une dyspnée très vive, avec cyanose de la face et étourdissements. L'auscultation révéla de la congestion pulmonaire. Le lendemain la dyspnée augmentait encore ; le surlendemain il eut un moment d'amélioration, puisque le malade s'était assis sur son lit pour écrire, mais vers 9 heures il fut pris de transpiration profuse, de dyspnée avec tirage, et à 10 heures et demie, il mourut presque subitement.

Quinze jours avant sa mort, son sang avait été examiné. Au spectroscope, on constatait que la quantité d'oxyhémoglobine était notablement diminuée. De 13 p. 0/0 elle était tombée à 9,5 p. 0/0 ; la raie de l'hémoglobine réduite indiquait que le sang artériel était mélangé de sang veineux ; enfin la réduction de l'oxyhémoglobine était plus lente qu'à l'état normal. Au microscope, on constatait que, si l'état morphologique des globules n'était pas modifié, la quantité des globules blancs était considérablement augmentée. On a recherché en vain le microbe de Laveran.

A l'AUTOPSIE, on constate que les téguments sont décolorés, jau-

nâtres, la partie supérieure gauche du tronc et le membre supérieur du même côté sont œdématisés. Le thorax est ouvert ; on trouve, appliqués à la face antérieure du péricarde, deux groupes ganglionnaires gros comme plusieurs noisettes accolées l'une à l'autre. Les organes intra-thoraciques sont retirés en bloc de leur cavité. On voit alors que les ganglions trouvés en avant du péricarde sont la terminaison antérieure de masses ganglionnaires situées dans le médiastin postérieur et à la base du cœur. Ces tumeurs sont mamelonnées et formées par l'agglomération de plusieurs noyaux. Leur coloration est grisâtre. Elles enveloppent complètement l'œsophage, forment un pont en avant de l'aorte descendante, s'appliquent sur les grands sympathiques de chaque côté, et séparent les pneumogastriques de la paroi externe de l'œsophage. A la fourche trachéale, il existe un ganglion gros comme un œuf de poule, qui comprime l'artère pulmonaire gauche et la bronche du même côté. On peut suivre les ganglions le long des bronches jusqu'au hile, pénétrant avec les bronches dans le poumon : il en existe aussi autour de la trachée. En haut, ces masses ganglionnaires se continuent avec celles de l'aisselle et du cou, en bas à travers le diaphragme avec celles que nous trouverons dans l'abdomen.

Les *plèvres* paraissent saines : elles contiennent environ 100 gr. de liquide chacune. Le péricarde est ouvert : on trouve dans la séreuse 200 gr. de liquide citrin. Rien de particulier à noter à la face externe du cœur, ni dans les cavités, ni dans les parois de cet organe.

A la face externe des *poumons*, sous les plèvres, on constate des deux côtés des points blanchâtres, gros comme une lentille, faisant une légère saillie, durs, s'étendant peu en profondeur. A la coupe, on voit qu'ils existent surtout à la périphérie ; on en trouve cependant quelques-uns dans le voisinage des bronches moyennes.

On retire ensuite les *viscères de l'abdomen* ; on voit que le long de la colonne lombaire, sur le bord d'implantation du mésentère, se trouve un massif ganglionnaire continuant celui du médiastin postérieur. Cette tumeur applique l'aorte abdominale contre les lombes, entoure et enserre la veine cave et les veines rénales et se prolonge jusqu'au hile du rein et au hile de la rate. En haut, elle se continue en un point avec une autre tumeur ganglionnaire placée le long de la petite courbure de l'estomac. En bas, elle se divise en deux pour suivre chaque artère iliaque, et le chapelet ganglionnaire s'égrène peu à peu pour s'épuiser à l'arcade de Fallope.

Le *foie* pèse 2,255 gr. Il est régulier et présente à sa surface de petits îlots blanchâtres analogues à ceux du poumon, faisant aussi saillie sous la capsule de Glisson. Les plus gros sont comme des lentilles, les plus petits comme des têtes d'épingle. A la face inférieure, on ne trouve que peu de ganglions ; ils sont situés de chaque côté du lobe de Spiegel. La vésicule biliaire est normale. A la coupe, le parenchyme hépatique est farci de petites tumeurs blanches, dures, faisant saillie, situées dans le voisinage des vaisseaux portes, et formant souvent un manchon complet à ces veines.

La *rate* est volumineuse. Elle pèse 1,280 gr. Sa coloration est normale ; sa forme est régulière, sauf que sa surface est hérissée de petites tumeurs analogues à celles du foie et des poumons, avec cette

différence que là elles sont confluentes et par suite plus volumineuses, formant comme des bourgeons sous la capsule. C'est surtout au bord antérieur qu'on les trouve ; les plus grosses ont le volume d'une noisette. Au hile, la masse ganglionnaire déjà citée est grosse comme un œuf de dinde. A la coupe, on retrouve en très grande abondance les mêmes petites tumeurs trouvées à la surface ; la coloration de l'organe en est changée.

Les reins paraissent normaux, comme tout l'appareil génito-urinaire. Le tube intestinal ne présente aucune ulcération, aucune nodosité dans toute son étendue. Les follicules clos ne sont pas augmentés de volume. L'estomac est dilaté, mais sa muqueuse paraît normale. On retire du cou deux masses ganglionnaires, grosses comme les deux poings superposés ; elles appliquaient la carotide contre la colonne cervicale, englobaient la veine jugulaire, et séparaient le pneumogastrique de ces vaisseaux. Les vaisseaux sous-claviers et axillaires, ainsi que le plexus brachial étaient situés au milieu de ganglions nombreux, n'exerçant aucune pression sur ce paquet vasculo-nerveux.

On ne trouve rien de particulier dans les fosses nasales, ni dans le pharynx. Les amygdales ne sont pas hypertrophiées : il en est de même du corps thyroïde.

Toutes ces tumeurs ont été coupées et fragmentées ; leur surface est d'un blanc rosé avec quelques points ecchymotiques. Au niveau du hile du poumon, plusieurs ganglions présentaient à la coupe un piqueté noirâtre très abondant. Aucun ne contenait de points ramollis avec dégénérescence puriforme. Le raclage donne un suc laiteux, miscible à l'eau, peu abondant, semblable à celui du cancer. Le suc obtenu par le raclage contient de grosses cellules, en assez grand nombre.

EN RÉSUMÉ, nous nous sommes trouvés en présence d'un lymphadénome, méritant plus que jamais le qualificatif de malin, donné par Langhans à forme infectieuse, affection dont nous avons suivi la marche pour ainsi dire dès le début.

Cette observation présente déjà un grand intérêt anatomique ; mais quelques points doivent plus particulièrement fixer notre attention ; et d'abord cette coexistence de l'impaludisme et du lymphadénome, signalée par Bonfils et Wunderlich, qui fit hésiter quelque temps sur la cause de la fièvre. Le malade était-il sous le coup de son état paludique, ou de sa cachexie lymphadénique lorsque sa température montait à 40° ?

Notre maître, M. Terrier, met ce symptôme sur le compte des lymphadénomes, et il rapproche à dessein la marche de cette affection de celle de toute maladie infectieuse.

C'est par la région cervicale que débute l'affection ; or les ganglions qui traduisent les premiers le mal sont ceux où

viennent aboutir les lymphatiques du pharynx, de la bouche, des fosses nasales et du conduit auditif externe. Ne peut-on pas déjà indiquer ainsi, que c'est là la porte d'entrée de l'agent infectieux ?

Les observations de Leudet, Potain et Troussseau relatent déjà les affections des voies lacrymales, le coryza chronique, l'otorrhée au début de la maladie, et dans le service de M. Terrier en ce moment, un jeune homme de vingt ans, atteint de lymphadénie cervicale, présente depuis son enfance du coryza chronique.

Ayant admis cet agent infectieux, on peut dire par déduction, que la fièvre observée chez quelques-uns de ces malades est le résultat d'une inoculation continuelle dans le torrent circulatoire. Ainsi découlerait ce principe qui guide notre intervention pour le cancer : opérer dès le début.

Notons encore, pour mémoire, les désordres anatomiques considérables amenés par l'envahissement de ces néoplasmes, comparés à l'absence presque complète de troubles fonctionnels observés chez notre malade.

Rappelons enfin l'inefficacité des injections naphtholées, qu'on ne saurait cependant condamner sur une seule observation.

Néoplasme primitif du médiastin antérieur, communication faite par FRÉDÉRIC DUBOST, externe des hôpitaux.

Le nommé D..., Jean-Baptiste, âgé de 26 ans, exerçant la profession de drapier, est entré le 13 septembre 1889, dans le service de M. Bucquoy, à l'Hôtel-Dieu. Dans les *antécédents héréditaires*, nous trouvons que son père est mort d'une affection stomacale ; nous n'avons pu démêler s'il s'agissait d'un néoplasme ou d'une autre affection. Pas de *maladies antérieures*, pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

L'*affection actuelle* a débuté il y a un an. Il s'est alors aperçu de la présence d'une petite tumeur, du volume d'un œuf de poule environ, superficielle, située à la partie supérieure et médiane du sternum à deux travers de doigt au-dessous de la fourchette, tout à fait indolore ; il va consulter un médecin en ville qui le traite par la digitale et fait une application de mouche de Milan, à la suite de quoi la tumeur aurait diminué. Trois mois après le début de l'affection surviennent subitement et sans cause apparente une cyanose et un œdème généralisés à la face et au cou ; la figure du malade était, nous dit-il, absolument bleue. En même temps, il est en proie à une dyspnée continue et que rend encore exagérée le moindre effort. Il entre alors à l'hôpital St-Antoine où on porte le diagnostic d'anévrysme de l'aorte et compression de la veine cave supérieure. Sous l'influence

de l'iodure de potassium et du repos, il est très amélioré et il quitte l'hôpital au bout d'une quinzaine de jours. Il y a quatre mois environ, le malade a été pris d'une petite toux sèche; et en même temps, il a remarqué que son cou s'étalait surtout à la base, il ne peut plus tenir le col de sa chemise boutonné, il remarque également que les veines de la partie supérieure du thorax sont gonflées. Depuis trois semaines, la toux augmente, elle est devenue quinteuse, coqueluchoïde, souvent suivie de vomissements alimentaires, pas d'expectoration. C'est pour cette toux persistante et les vomissements qu'elle provoque, qu'il se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — A la vue du malade, on est frappé par le volume énorme du cou et l'élargissement de sa partie inférieure, l'aspect variqueux des veines de la partie supérieure du thorax, et la présence d'une petite tumeur (du volume d'un œuf environ) au devant de la poignée du sternum. On constate en outre un empatement du cou, des fosses sus-claviculaires et de la partie supérieure du thorax. On trouve à la partie interne de la fosse sus-claviculaire gauche, à l'union de la clavicule et du bord latéral du cou, deux ganglions du volume d'une bille. Dans l'aisselle gauche, un petit ganglion également. Dans la partie interne de la fosse sus-claviculaire droite, un petit ganglion. Pas de frémissements à la région précordiale ni en aucun point de la poitrine. A la percussion, la matité précordiale remonte jusqu'à la fourchette du sternum, elle déborde le bord droit de cet os de trois travers de doigt environ. A l'auscultation du cœur, on trouve à la pointe les bruits nets et bien frappés; à la base, on constate un bruit de souffle systolique qui se propage en gardant toute son intensité dans toute la partie supérieure du thorax et jusqu'à l'aisselle droite. Au poumon, le murmure vésiculaire est affaibli des deux côtés, surtout à droite. La constatation du souffle systolique dans toute la partie antérieure de la poitrine, fit d'abord penser à un anévrysme de l'aorte. Cependant le manque de pulsations dans la petite tumeur présternale, l'absence d'un frémissement cataire qui semblait ne pas devoir faire défaut dans un anévrysme assez volumineux pour produire de tels phénomènes de compression, enfin la présence de ganglions et surtout la lecture d'une récente clinique de M. Letulle fit faire le diagnostic de néoplasme.

Le 21. Depuis trois ou quatre jours, le malade est en proie à une dyspnée croissante, allant par moments jusqu'à l'orthopnée. Il passe la journée et la plus grande partie de la nuit assis dans un fauteuil à côté de son lit, la position couchée augmentant la difficulté de la respiration; les jambes sont enflées, les urines rouges et rares, sédimenteuses; les phénomènes stéthoscopiques sont les mêmes.

Le 29. Dyspnée toujours intense qui ne se calme que par les piqures de morphine. La face est légèrement cyanosée.

1^{er} octobre. Dyspnée continue; cyanose et œdème de la face et du cou. L'examen du malade est devenu très difficile, car il ne peut rester dans le décubitus dorsal. Cependant on remarque que les bruits du cœur sont moins sensibles qu'au début, le bruit du souffle systolique a disparu. Du côté du poumon, le murmure vésiculaire est très affaibli; on constate de la matité à la base droite.

Le 4. Depuis trois jours la dyspnée a toujours été en croissant; la cyanose et l'œdème de la face et du cou ont augmenté. Les

jambes sont enflées. Le malade meurt à 4 heures 1/2 du soir des progrès de l'asphyxie.

AUTOPSIE, 36 heures après la mort. — A l'ouverture du thorax, on trouve une *tumeur* située à la partie supérieure du médiastin antérieur au-dessus du cœur entre les deux poumons, au devant de la trachée et de la racine des bronches. Cette tumeur, du volume d'une tête de fœtus environ, a envahi le tiers supérieur du sternum et vient pousser sous la peau un petit prolongement; c'est ce prolongement qui forme la tumeur présternale, qui a tout d'abord attiré l'attention du malade.

La tumeur est adhérente à la face médiastine des deux poumons, à l'intérieur desquels elle envoie des prolongements, et à la base du cœur. Elle englobe complètement l'origine de l'aorte, et par suite le nerf laryngo-inférieur au niveau de sa réflexion autour de la crosse de l'aorte, l'artère pulmonaire et de la veine cave supérieure; l'origine de la veine cave inférieure se trouve au-dessous de la tumeur.

Le cœur, entouré du péricarde, est considérablement augmenté de volume (volume des deux poings environ); le péricarde est adhérent par sa face externe, aux plèvres médiastines et au diaphragme. A l'ouverture de cette séreuse; il s'échappe de la cavité environ 350 à 400 gr. d'un liquide citrin fortement teinté de sang. On constate en outre que la séreuse est épaissie et fibreuse; que les deux faces sont complètement recouvertes par un enduit fibrineux très abondant qui établit de nombreuses adhérences entre ses deux feuillets. En ouvrant le ventricule droit par une incision faite le long de son bord libre, on voit que cet organe est distendu par de nombreux caillots cruoriques; en continuant l'incision jusqu'à l'oreillette et en fendant la veine cave supérieure dans toute son étendue, on constate que ce vaisseau se trouve circulairement rétréci par la tumeur, mais n'est pas envahi par elle. Le rétrécissement est tellement serré que les parois du vaisseau sont plissées. A l'ouverture du ventricule droit, on trouve quelques caillots cruoriques; en continuant l'incision le long de l'aorte, on constate que ce vaisseau est comprimé et rétréci par la tumeur dans toute sa portion ascendante; les parois du vaisseau sont également plissées. Les deux *poumons* sont atélectasiés, surtout le poumon droit; on trouve de ce côté un épanchement pleurétique formé de 1 lit. 1/2 à 2 litres de liquide citrin. La *trachée* située derrière la tumeur, ne paraît pas comprimée par elle; on constate un ganglion à sa partie supérieure gauche et trois autres ganglions hypertrophiés au niveau de la racine des bronches.

Les autres organes ne présentent rien de bien particulier. Rien au *foie*. La *rate* n'est pas augmentée de volume. Les *reins* sont congestionnés, ils se décortiquent facilement.

L'examen histologique pratiqué par M. Letulle a montré que nous avions affaire à un lympho-sarcome.

RÉFLEXIONS. — Ce cas nous semble devoir être rapproché de ceux que vient de signaler M. Letulle dans une récente clinique de l'Hôtel-Dieu (*Semaine médicale*, 18 septembre), cas qui certainement sont plus fréquents qu'on ne l'aurait cru jusqu'à présent.

Les lésions constatées à l'autopsie nous rendent bien compte des phénomènes qui se sont présentés pendant la vie. La compression de la veine cave nous explique l'œdème et la cyanose de la face; le rétrécissement concentrique de l'aorte nous explique le souffle diastolique et sa propagation sur une large étendue; enfin la toux quinteuse trouve sa raison dans l'irritation du récurrent.

Enfin cette observation nous paraît surtout intéressante au point de vue du diagnostic.

Ainsi la compression de l'aorte a donné naissance à un souffle systolique très intense qui se propageait fort loin à travers la tumeur; et si on n'avait pas constaté la présence de ganglions, qui d'ailleurs ne sont apparus que tardivement, le diagnostic eût certainement erré en penchant vers un anévrysme de l'aorte.

Sur la forme des noyaux des cellules épithéliales des épithéliomes, par M. V. CORNIL.

On décrit généralement les noyaux des cellules épithéliales des tumeurs comme des ovoïdes à contour régulier, plus ou moins allongés suivant qu'on a affaire à des cellules cylindriques plus ou moins longues, se rapprochant de la forme ronde ou lenticulaire dans les cellules polygonales. Mais souvent au lieu d'un contour régulier, les noyaux présentent des bosselures à leur surface, des dépressions qui donnent lieu à des festons. Souvent aussi les noyaux sont tout à fait déformés, repliés sur eux-mêmes, bourgeonnants, volumineux et hérissés de saillies qui leur donnent une apparence mûriforme. Ainsi dans un épithéliome du corps de l'utérus enlevé sur le vivant par M. Routier, nous avons vu des formes assez bizarres dont nous donnons ici quelques-uns des dessins. Les coupes avaient été colorées à l'hématoxyline et montées dans le baume. Il s'agissait d'un épithéliome lobulé et tubulé à cellules cylindriques et polyédriques dont j'ai donné ailleurs une description (leçons sur les métrites, p. 134); les cellules de la périphérie des lobules s'implantaient sur les vaisseaux ou le tissu conjonctif mince qui les recouvrait et elles étaient cylindriques; celles qui formaient l'épaisseur du revêtement étaient cylindriques ou polyédriques. Il y avait beaucoup de noyaux en division indirecte. Les noyaux des cellules cylindriques étaient allon-

gées, comme les noyaux typiques de l'état normal représentés en 1. Mais à côté de ces noyaux réguliers on en trouve beaucoup qui présentent des flexuosités, qui se contournent en S suivant leur longueur évidemment accrue.

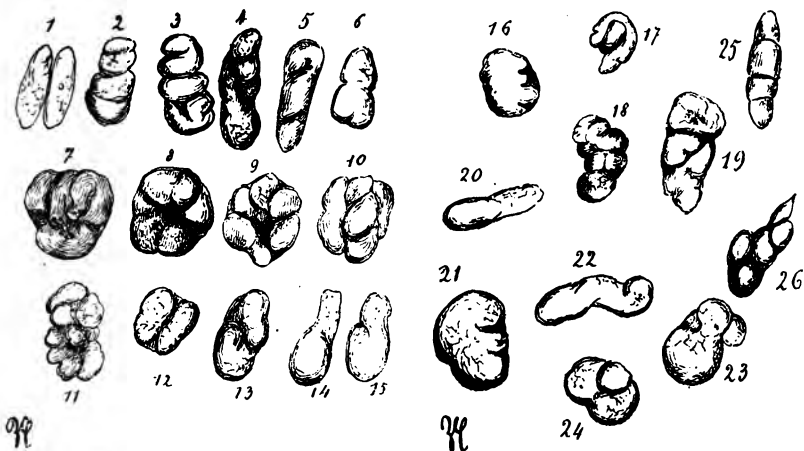


FIG. diverses. — *Formes des noyaux dans les tumeurs épithéliales.*

1, Deux noyaux ovoïdes normaux accolés l'un à l'autre. — 2, Noyau allongé et tassé, divisé en segments superposés. — 3, 4, 5, Noyaux allongés et en partie enroulés ou disposés en tire-bouchon. — 6, Noyau en forme de gourde. — 7, 8, 9, 10, Noyau volumineux, de forme sphérique, avec des saillies mûriformes. — 11, Noyau allongé, mûriforme. — 12, un noyau qui présente deux segments ovoïdes figurant deux noyaux. — 13, 14, 15, Noyaux serpentins, allongés, plus ou moins repliés. — 18, 19, Noyaux irrégulièrement bosselés. — 25, Noyau allongé présentant des segments superposés. — 26, Un noyau avec des bosselures et une pointe aiguë. — Tous ces dessins, de 1 à 26 inclusivement, appartiennent à un épithéliome de l'utérus. Les noyaux dessinés portant les numéros 16, 20, 21, 22, 23, 24, appartiennent à un épithéliome de la mamelle, épith. alvéolaire. Gross. obj. 12 apochr. de Zeiss, ocul. 4, tube abaissé.

Ainsi la fig. 20 est plus longue qu'un noyau ordinaire ; en 22, on a un noyau infléchi, contourné, spiralé ; en 15 on voit un noyau en S ; en 5 un noyau en tire-bouchon ; les figures 2, 3, 4, montrent des étranglements en tire-bouchon des noyaux et un certain tassement suivant leur longueur qui simule une segmentation. Cette apparence de segmentation est bien visible dans le noyau 25. Dans d'autres noyaux dont la forme générale est ovoïde, on voit, en faisant mouvoir un peu la vis micrométrique, qu'il s'agit bien en réalité d'une

figure allongée présentant deux extrémités arrondies et un corps distendu comme en 23, ou une figure plus irrégulière, répandant cependant à un seul boudin nucléaire contourné comme dans les figures 15, 17, 4. Souvent aussi le noyau offre à son contour périphérique des saillies arrondies plus ou moins grosses, séparées par des dépressions (16, 21); il est parfois trilobé, quadrilobé (6, 24).

Quelquefois ils sont plus volumineux que les précédents et il se rapprochent dans leur configuration générale de la forme sphérique; ils sont généralement alors bourgeonnants, hérissés de saillies plus ou moins grosses, irrégulières, qui les font ressembler à des mûres (fig. 7, 8, 9, 10). Ces saillies globuleuses sont séparées par des sillons déprimés qui viennent en général aboutir près du centre de la figure. Des noyaux bourgeonnants analogues peuvent aussi être allongés, en grappe comme en 11, 18, ou très irréguliers en 19. Certains bourgeons secondaires du noyau, au lieu d'être arrondis, se terminent en pointe assez aiguë (26).

Parfois on trouve des noyaux qui offrent deux renflements accolés (12). Les irrégularités et bourgeons de la surface doivent être examinés à un fort grossissement pour être bien appréciés. Nous nous sommes servi d'une lentille apochromatique n° 12 de Zeiss. Lorsqu'on fait remuer la vis micrométrique, on aperçoit successivement les saillies de la surface tournée vers l'observateur puis les saillies et circonvolutions du bord et successivement celles de la face inférieure. On peut s'assurer ainsi de la continuité des bords de la figure avec les saillies et constater qu'on a affaire à un seul noyau alors qu'au premier abord on pourrait supposer qu'il existe deux ou plusieurs éléments accolés. Dans nos dessins, nous n'avons dessiné que la moitié des cellules faisant saillie du côté de l'œil de l'observateur. Le dessin de la totalité du noyau, y compris le segment inférieur eût été trop compliqué et par suite difficile à comprendre.

Comment pouvons-nous expliquer ces formes du noyau? Il nous paraît facile de s'en rendre compte en constatant qu'au lieu d'être ovoïde, cette importante porte de la cellule est le plus souvent cylindroïde, comme une sorte de boudin terminé par deux extrémités arrondies ou un peu coniques, ayant un diamètre longitudinal de 3 à 6 fois plus

grand que le diamètre transversal. Cette figure cylindrique se contourne en spirale ou en S ou se renfle en son centre, les deux extrémités se rapprochant l'une de l'autre (fig. 23), ou se pelotonne irrégulièrement en prenant la forme si hérisquée, comme si elle devait occuper et remplir une loge ayant la configuration ovoïde ou sphérique, la loge centrale du protoplasme de la cellule.

Les noyaux que nous venons de décrire sont beaucoup plus gros qu'à l'état normal ; ils sont cependant à l'état statique, car ils diffèrent des noyaux en voie de développement par karyokinèse et dans lesquels les filaments nucléaires sont fortement colorés et disposés d'une façon typique.

Ils diffèrent aussi des noyaux mortifiés où il existe des grains arrondis de volume variable, assez gros et fortement teintés. Les noyaux en développement par division indirecte et les noyaux mortifiés sont très nombreux dans cette tumeur. C'est toujours dans les points en voie de développement que nous avons trouvé les formes du noyau que nous décrivons aujourd'hui. Bien qu'elles ne se rapportent pas à une multiplication, elles nous paraissent être sous la dépendance du même processus, en ce sens que la substance du noyau est accrue et augmentée par l'afflux de liquide dans son intérieur, liquides nourriciers plus abondants là où se fait activement la multiplication des cellules. La substance nucléaire est en effet un peu pâle après l'action colorante de la safranine ; la membrane nucléaire et les filaments nucléaires sont cependant bien colorés. On n'y rencontre pas de nucléoles.

Les sillons de dépression entre les saillies superficielles sont un peu plus colorés que ces dernières ; l'enveloppe du noyau y est plus épaisse et plus tassée.

On y observe aussi plus de filaments nucléaires que dans les parties distendues. Aussi croyons-nous que les bosselures sont dues à une augmentation du volume du suc nucléaire qui est bridé, par places, par la membrane et les filaments nucléaires plus résistants ou inextensibles et que telle est l'origine du pelotonnement et de l'aspect mûriforme tels que nous venons de les décrire. Ces noyaux n'ont rien de comparable avec l'apparence que prennent les cellules atteintes de dégénérescence muqueuse, dégénérescence que nous pouvions observer dans les mêmes coupes colorées par la safranine.

Les dessins 16, 20, 21, 22, 23 et 24 se rapportent à des

noyaux observés sur la coupe d'un ganglion axillaire dans un épithéliome tubulé de la mamelle. On peut voir qu'il s'agit exactement du même processus que dans l'épithéliome utérin.

Séance du 25 octobre 1889.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL

Anévrysme du cœur. — Ramollissement cérébral. — Artérite syphilitique probable de l'encéphale et des coronaires, par M. G. BOUÏSSON, interne des hôpitaux.

Les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique, proviennent d'un malade du service de M. Rigal, suppléé par M. Gilbert. Cet homme, âgé de 35 ans, garçon de cuisine, fut apporté l'hôpital le 3 octobre 1889 dans la salle Boulay. Il était tombé à l'Exposition, et au moment de l'entrée il était dans le coma avec hémiplegie et contracture à droite, déviation conjuguée des yeux à gauche. Cet état persista jusqu'au 17 octobre, date de la mort. Il nous fut impossible de recueillir aucun renseignement, l'adresse n'étant même pas mentionnée sur la pancarte. L'auscultation ne révéla aucun bruit anormal du cœur, sauf un peu de surdité des deux bruits.

A l'AUTOPSIE nous trouvâmes du côté de l'encéphale un ramollissement hémorrhagipare total de l'hémisphère gauche. Les artères de la base de l'encéphale présentent un athérome très marqué qui se continue jusque sur les sylviennes. Cet athérome est symétrique. Nulle part le calibre n'est assez diminué pour amener une oblitération complète de la lumière du vaisseau.

L'athérome n'existe pas d'ailleurs pour ainsi dire sur la crosse de l'aorte ni sur les autres vaisseaux. Le seul endroit où on en trouve est la portion thoracique de l'aorte descendante ; en ce point la tunique interne est soulevée par des nodules athéromateux variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une pièce de 50 centimes.

Cœur. — Mais ce qui fait l'intérêt de la présentation, c'est l'état du cœur. Celui-ci ne présente aucune adhérence de son péricarde viscéral au péricarde pariétal. La face antérieure, à 2 cent. au-dessus de la pointe, offre un aspect légèrement trouble de péricardite.

A ce niveau, la face antérieure elle-même est légèrement soulevée et au toucher on s'aperçoit qu'elle est dure et crétacée. Une coupe faite à ce niveau montre, dans le cœur gauche, immédiatement sous la paroi antérieure, au niveau indiqué, un polype du cœur constitué par un caillot avec ramollissement puriforme central. Le caillot adhère par sa partie inférieure à la paroi cardiaque, et est du volume d'un gros maron d'Inde revêtu de son enveloppe.

Ce caillot une fois enlevé, la paroi du cœur apparaît légèrement ex-

cavée, dure et crétacée, et au milieu de l'excavation une coupe nous montre que l'épaisseur totale ne dépasse pas 1/2 centim.

La minceur de cette coque contraste avec l'hypertrophie musculaire considérable que l'on remarque sur le reste du ventricule gauche. D'une façon générale le cœur est en effet augmenté de volume et il est un peu gras.

La *crosse de l'aorte* examinée plus attentivement ne présente au niveau de sa partie la plus saillante que deux saillies grosses comme une tête d'épingle et nettement athéromateuses.

L'endocarde est épaissi, blanc grisâtre, aponévrotique au niveau de la dépression indiquée. Cet état correspond à la péricardite locale déjà mentionnée. Les valvules sigmoïdes de l'aorte ne sont nullement sclérosées non plus que la valvule mitrale dans son ensemble. Les cordages ont gardé leur aspect normal, néanmoins on remarque entre la sigmoïde et la mitrale un léger degré d'épaississement sur une étendue de 1 centim. sur 1 1/2. Dans les goussets sigmoïdiens il existe également un très léger degré d'athérome. La naissance des coronaires est également athéromateuse, mais sans diminution du calibre et sans perte notable de la souplesse ordinaire des artères. Cet état se continue pendant la première partie du trajet des coronaires, mais arrivé au niveau de la branche descendante de la coronaire gauche, on remarque sur la partie descendante un athérome très marqué des 2 branches qui descendent sur la paroi antérieure du cœur. Ces branches descendantes sont sinueuses et au toucher manifestement dures et calcifiées. La branche droite, celle qui se rend à la poche anévrysmale mentionnée, peut être suivie jusqu'au niveau de la partie supérieure de celle-ci où elle s'arrête. L'athérome est distribué sur cette artère par petits nodules isolés les uns des autres, jaunes, du volume d'un grain de millet. La coronaire droite est également athéromateuse, mais dans sa partie descendante seulement; elle l'est moins toutefois que la gauche. Les nodules athéromateux sont surtout manifestes au niveau des éperons formés par la bifurcation successive de l'artère.

RÉFLEXIONS. — Il est évident, que nous avons eu affaire à la lésion décrite sous le nom d'anévrysme du cœur avec polype, embolies multiples et ramollissement du cerveau. Cet anévrysme est un anévrysme vrai mais sans collet. Ici, comme presque toujours, cet anévrysme a été une trouvaille d'autopsie. Les anévrysmes du cœur sont intéressants par plusieurs côtés. D'abord ils ne sont bien connus dans leur anatomie pathologique et dans leur cause anatomique immédiate que depuis peu de temps.

Pelvet, dans sa thèse de 1867, résume ainsi les opinions diverses sur la formation des anévrysmes du cœur.

1° Les uns, comme Breschet, Corvisart, Lobstein les regardent comme le résultat d'une rupture incomplète. 2° C'est une altération de l'endocarde qui est la lésion primitive pour Kreysig, Laënnec et Bouillaud. 3° Les uns admettent une al-

tération de la membrane interne sans en préciser la nature (Raynaud, Ollivier et les auteurs du *Compendium*). Pelvet lui-même se rattache à cette théorie. 4° D'autres y voient la conséquence d'un ramollissement inflammatoire, comme Dance, Chandnat et Hartmann. 5° Le plus grand nombre des auteurs y voient le résultat d'une transformation fibreuse (Cruveilhier, Rokitsky, etc.).

On voit le vague de ces théories. La chose a été bien mieux étudiée, assurément, par Odriozola dans sa thèse, si remarquable d'ailleurs, sur le cœur sénile et ses diverses manifestations anatomiques. Dans ces conclusions, cet auteur (1888) résume aussi la question de la pathogénie des anévrysmes du cœur. « Les anévrysmes du cœur ne sont qu'une complication tardive et rare de la sclérose artério-capillaire du myocarde, ils s'accompagnent très ordinairement, eux aussi, d'athérome plus ou moins considérable des grosses branches des artères coronaires. »

Odriozola substitue ainsi aux notions vagues dont nous avons parlé plus haut et à l'*irritation de transformation* dont parle Cruveilhier, une notion claire, bien connue, celle de l'artério-sclérose. Il s'est fondé là-dessus sur l'étude de cinquante cas d'anévrysmes du cœur.

Notre anévrysme en particulier rentre bien dans les conditions générales anatomiques mises en évidence par Odriozola, à la suite de Lancereaux, Ziégler, Weigert, Hueber, Leyden, Beck. En effet, nous avons de l'athérome des coronaires au lieu d'élection reconnu par Odriozola, c'est-à-dire à 2 ou 3 centimètres de l'origine de ces artères, au point d'appel qui correspond à la base même des ventricules, de chaque côté de l'origine apparente de l'artère pulmonaire, région par excellence de frottement.

Il est impossible, dans notre cas, de faire appel pour expliquer la production de l'anévrysme à autre chose qu'à l'artério-sclérose des coronaires.

Ni l'endocardite, en effet, ni la péricardite ne sont capables d'expliquer cet anévrysme. Les recherches d'Odriozola démontrent nettement, en effet, que la théorie endocarditique primitive de Pelvet ne donne raison d'aucun cas d'anévrysme du cœur. La théorie de Thurnam qui fait intervenir pour expliquer la dégénérescence partielle du myocarde la compression et l'altération de l'endocarde par un caillot sanguin n'est pas plus admissible.

Notre cas ne ressemble pas, d'ailleurs, à celui que M. Rendu a rapporté à la Société médicale des hôpitaux en 1887. Il s'agissait là d'un cas de symphyse cardiaque assez étendue avec absence complète d'athérome des coronaires de tout l'arbre artériel. Cet auteur était donc fondé à établir pour cet anévrysme une théorie péricarditique. Cette théorie ne convient pas à notre cas.

Il ne reste donc que la théorie artérielle.

Mais la distribution générale de l'athérome chez notre sujet nous suggère quelques réflexions que nous sommes étonné de ne trouver dans aucun auteur, à propos des anévrysmes du cœur, d'autant plus qu'elles ont été faites à propos d'autres anévrysmes, de ceux de l'aorte en particulier.

D'abord, l'intégrité presque absolue de l'arbre artériel, exception faite de l'aorte thoracique descendante, la prédominance des lésions des artères cérébrales nous avait fait penser au moment de l'autopsie, avant l'examen du cœur, à un cas d'artérite syphilitique de l'encéphale, ayant amené par thrombose le ramollissement hémorragique du cerveau. Nous avons, pour étayer cette idée, la symétrie des lésions, la prédominance dans l'encéphale, l'indemnité relative du reste des artères, le jeune âge du sujet (35 ans). Ces caractères ont été donnés par les auteurs qui se sont occupés de l'artérite syphilitique, MM. Lancereaux, Heubner, Fournier. Malheureusement, nous n'avons pas d'antécédents dans notre cas, et aucune autre lésion, à l'autopsie, n'a pu nous faire reconnaître la syphilis. Néanmoins, il nous semble que cela est suffisant pour y faire penser et de là à croire que la lésion artérielle cause de l'anévrysme du cœur est elle-même sous la dépendance de la syphilis, il n'y a qu'un pas.

Les lésions encéphaliques et aortiques sont les plus habituelles dans l'artérite syphilitique, mais elles ne sont pas les seules. Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer l'intégrité de la crosse de l'aorte, des sigmoïdes, de la mitrale, de la tricuspide. Dans l'athérome ordinaire, ce sont précisément là les lieux d'élection des lésions. Ici au contraire elles prédominent dans l'encéphale et dans la partie terminale des artères coronaires, terminales en partie, on le sait, comme les artères de l'encéphale.

Dans tous les cas, dire athérome en face d'une lésion arté-

rielle c'est ne pas dépasser l'expression anatomique d'une maladie. Nous croyons que l'on peut aller plus loin.

Dernièrement notre maître M. Gilbert présentait à la Société de biologie des cas d'artérite infectieuse expérimentale déterminée chez le lapin consécutivement à des inoculations bacillaires et qui se rapprochent au point de vue topographique nécropsique et histologique de l'artérite humaine athéromateuse. M. Gilbert vérifie ainsi expérimentalement cette idée médicale relativement nouvelle d'après laquelle l'infection mériterait une place importante dans l'étiologie de l'artérite humaine athéromateuse.

Est-ce à une infection que notre homme devait son artérite ? en l'absence de tout renseignement il nous est impossible d'affirmer la chose, néanmoins les raisons précédemment indiquées, la banalité de la syphilis comme cause d'infection nous font incliner à croire qu'il s'agit ici de syphilis ayant amené une artérite de l'encéphale et du cœur et consécutivement l'anévrysme cardiaque. La production de celui-ci par la syphilis nous paraît aussi naturelle que la production d'un anévrysme aortique.

M. CORNIL. — L'anévrysme du cœur que présente M. Bouisson siège au lieu d'élection de ces sortes de lésions, c'est-à-dire au niveau du ventricule gauche. La pathogénie de ces anévrysmes est variable suivant les cas ; souvent ils sont consécutifs à de petits abcès mycosiques développés dans la paroi ventriculaire. Ici il y a une plaque d'endocardite avec amincissement considérable de la paroi, il y a en même temps de l'athérome des coronaires et des artères cérébrales ; il est possible que l'atrophie de la paroi ventriculaire soit consécutive à l'inflammation de l'endocarde. S'agit-il d'une lésion syphilitique, on peut le supposer sans pouvoir l'affirmer.

Sclérose sous-muqueuse avec hypertrophie musculaire de la portion pylorique de l'estomac, par A. PILLIET, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un veillard entré à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, dirigée par M. le Dr Albert Gombault, dans le courant du mois d'octobre 1889. Il ne présentait que de la faiblesse générale et une dyspepsie assez marquée toutefois pour que, malgré l'absence de vomissements et de tumeur accessible, on pût porter le diagnostic de cancer de

l'estomac. Le malade mourut au bout de quelques jours, et à l'autopsie, en dehors d'autres lésions séniles banales, inutiles à énumérer, on trouva une hypertrophie de la portion sous-muqueuse de l'estomac, au voisinage du pylore.

Tout l'estomac est dilaté, mais c'est seulement à quatre travers de doigt du pylore que commence l'épaississement, d'une façon progressive. Il s'arrête net au pylore, par un rebord arrondi qui mesure 8 millim. d'épaisseur. C'est là le point maximum. L'épaississement est régulier, sans bosselures, la surface péritonéale est lisse. La portion épaissie est grisâtre et nacrée à la coupe : on y distingue très bien des faisceaux plus blancs qui la cloisonnent en allant de la muqueuse au péritoine. La muqueuse est épaisse, mais guère plus que ce qu'on la trouve normalement au pylore. Sa surface est lanche. On y distingue deux ou trois petites ulcérations dont l'une, cupuliforme d'aspect, présente un fond rouge vif. Elle a été l'origine d'un suintement sanguin modéré, mais dont on retrouve les traces dans l'estomac, sous forme d'une poussière noirâtre. L'orifice pylorique est naturellement rétréci, mais perméable. Il n'y a pas de lymphangite cancéreuse de l'épiploon ni du péritoine, pas de noyaux secondaires dans le foie. Lorsqu'on prend dans la main cette portion épaisse de l'estomac on a exactement la sensation que donne un néoplasme étendu.

A l'examen *histologique*, on constate dans la couche muqueuse l'existence d'une gastrite chronique attestée par l'allongement des villosités, l'infiltration du chorion par une quantité considérable de petites cellules rondes, étoilées ou fusiformes, le pelotonnement exagéré des prolongements glandulaires et l'évolution kystique d'un certain nombre des culs-de-sacs profonds. Dans un certain nombre de tubes glandulaires, les éléments sont petits et serrés ; la portion muqueuse, en général très développée dans les cellules pyloriques, est considérablement diminuée. Elle est au contraire bien nette au niveau des dilatations kystiques. Les bords en entonnoir de l'ulcération que nous avons signalée sont formés par des glandes dont les éléments paraissent confondus et forment des amas réfringents qui se colorent en jaune par le picro-carmin. Les capillaires sont remplis de globules rouges au pourtour de l'érosion qui ne va pas jusqu'au chorion, car on trouve des pelotons glandulaires au fond de l'entonnoir.

Dans la sous-muqueuse, les follicules clos sont nombreux, mais petits et englobés dans le tissu d'infiltration. La musculaire muqueuse est très accrue, et cela d'une façon uniforme, au-dessous d'elle s'étend un plan vasculaire développé, où nous remarquons surtout les lésions des veines. Elles sont nombreuses, flexueuses, car on les voit recoupées en plusieurs points contigus dans une même préparation. Leur tunique musculaire est très épaissie, de leur couche externe se détachent des bandes conjonctives qui les relient au tissu ambiant. Leur endothélium est normal, le sang qu'elles contiennent renferme de nombreux globules blancs. Cette sclérose autour des vaisseaux contribue à l'induration de la couche celluleuse de glissement, quoiqu'elle la muqueuse soit encore assez mobile sur les plans profonds.

Le tissu musculaire hyperplasié forme au-dessous un feutrage de plans qui échappent à toute description sur les coupes. Les faisceaux de fibres lisses forment de larges nappes entrecroisées dont l'aspect

rappelle beaucoup celui d'un fibro-myôme de l'utérus. Tout ce tissu est découpé par un réseau de capillaires accompagnés d'assez nombreuses petites cellules rondes et contenus, dans des travées fibreuses bien nettes. Il en résulte des amas d'éléments jeunes, circonscrits et étoilés aux nœuds du réseau, c'est-à-dire aux branchements des capillaires. Il en résulte l'aspect d'un tissu chroniquement enflammé, quoiqu'à un faible degré ; quelques-uns de ces capillaires sont sanguins et contiennent des globules rouges ; d'autres sont vides, leur nature est assez difficile à déterminer. La configuration de leur réseau rappelle la disposition des lymphatiques, mais on ne peut rien affirmer à cet égard. Les fibres lisses qui composent les faisceaux sont bien développées et présentent leur noyau allongé caractéristique, mais les faisceaux eux-mêmes sont en beaucoup de points morcelés par une sclérose interstitielle ; au voisinage du pylore ; au centre du point le plus épais, il existe une tache formée de tissu conjonctif circonscrivant des faisceaux musculaires en voie d'atrophie. L'aspect est tout à fait celui de la portion centrale, fibreuse et prête aux dégénérescences graisseuse ou calcaire, d'un petit fibro-myôme.

Le péritoine n'est pas épaissi, il est étroitement appliqué sur les fibres musculaires qui sont très serrées au-dessous de lui. Nulle part on ne trouve d'amas épithéliaux ni rien qui puisse faire songer à une affection cancéreuse.

EN RÉSUMÉ : Ce cas serait donc une linite plastique pure, si l'on pouvait affirmer la non existence du squirrhe avant d'avoir réduit en coupes microscopiques la pièce entière. En effet, c'est seulement avec cette dernière affection que la confusion est possible. Elle l'est non pas au point de vue seulement des symptômes, par la dyspepsie, l'obstruction du pylore, les hématomèses dues aux ulcérations, la présence même d'une tumeur épigastrique accessible au palper, elle simule complètement en clinique l'épithélioma dur, à petits alvéoles, de la portion anté-pylorique de l'estomac. Elle l'est encore quand on a la pièce entre les mains. L'absence de grandes ulcérations bordées de l'ourlet épithélomateux, celle de lymphangite péritonéale, de noyaux secondaires dans le foie sont de bons signes distinctifs, mais aucun n'est absolu. L'examen histologique a plus de valeur. Sur les coupes de quatre fragments étendus, colorées soit au picro-carmin, soit à l'hématoxyline et à l'éosine, nous n'avons pas trouvé un alvéole à cellules épithélioïdes, ni un lymphatique envahi par le cancer. On peut donc penser qu'il s'agit bien là de cette forme hyperplasique de gastrite chronique affirmée par les anciens auteurs, mais qui exige encore une révision histologique, car les examens où l'on s'est efforcé de la distinguer du squirrhe sont encore peu nombreux malgré la quan-

tité assez considérable des observations de linité qui ont été publiées.

Cruveilhier la décrit (Anat. path., 1856, t. III, p. 599) sous le nom de transformation fibreuse de la tunique musculaire; il dit que rien n'est plus fréquent dans le cancer qu'elle accompagne et que seule, elle a été souvent prise pour un cancer; lorsqu'elle siège au pylore elle amène en effet les mêmes lésions de canalisation que ce dernier. Andral, dans son précis d'anatomie pathologique, note aussi l'épaississement au voisinage du pylore, par hypertrophie pure et simple du tissu sous-muqueux; il le signale aussi au voisinage de l'ulcère rond et le rapproche même des callosités que l'on observe autour des ulcères variqueux. Mais cette distinction entre le squirrhe malin et le squirrhe bénin ne pouvait se passer du contrôle histologique. Brinton (Mal. de l'estomac, trad. Riant, 1870, p. 346) admet que l'induration est due à l'infiltration uniforme par une même substance. Hanot et Gombault (Arch. de physiologie, 1882, t. I, p. 412), dans le travail le plus étudié que l'on possède sur la question, reconnaissent la nature scléreuse de la lésion. Cornil et Ranvier (Manuel d'histol. path., t. II, 1884, p. 305) décrivent l'augmentation de nombre des fibres lisses. Orth (Traité d'an. path., 1887, p. 752) décrit et figure la sténose du pylore par épaississement sous-muqueux. On peut donc admettre jusqu'à nouvel ordre que cette forme de gastrite est distincte du squirrhe, ou épithéliome dur, qu'elle simule si bien, et qu'elle est consécutive soit à l'ulcère rond, soit, comme dans notre cas, à une gastrite chronique.

Adénomes multiples des reins, gastrite alcoolique,
par A. PILLIET, interne des hôpitaux.

Le nommé Hu..., 69 ans, entre le 21 septembre à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, dirigée par M. le Dr Albert Gombault. Depuis six semaines il toussé et crache abondamment, son oppression a augmenté depuis huit jours, et c'est le motif de son entrée à l'infirmerie. C'est un homme très vigoureusement constitué, fort obèse, ne paraissant pas son âge. Il a des habitudes d'ivrognerie notoires.

A son entrée, il est en proie à une dyspnée violente; les lèvres, le nez sont cyaniques, les yeux légèrement injectés. Pas d'œdème des jambes. Les deux poumons sont remplis de râles sous-crépitaux et humides, disséminés, sans foyer spécial; la température est de 37° S., 37° 8 M.; les urines sont albumineuses. Tr.: potion stimulante, kermès, ventouses.

Les jours suivants, la dyspnée et l'asystolie ne font que croître, tous les soirs le malade est dans un tel état d'agitation et d'angoisse respiratoire qu'on envoie chercher l'interne de garde. Pourtant la température ne dépasse pas 38°.

Le 30 septembre. Saignée de 250 grammes au pli du coude. Le malade s'est trouvé mieux dans la journée, mais le soir il recommence à étouffer. Le lendemain à la visite, l'asystolie est considérable ; la respiration est très gênée, inspirations brèves et saccadées, expirations longues ; la face est bouffie, violacée, les lèvres tout à fait bleues, le poulx est assez plein, les urines sont rares, très colorées, sédimentaires. La température s'élève à 38°,4. Le malade délire, il se lève la nuit, et marche sans savoir où il va, ses réponses sont incohérentes. Mort le 2 octobre.

A L'AUTOPSIE, 24 heures après, on ne note au cerveau d'autre altération que la congestion des enveloppes. Le cœur est très volumineux, recouvert d'un véritable surtout graisseux, marqué principalement autour du sillon inter-auriculo-ventriculaire et au niveau du ventricule droit dont la paroi musculaire est considérablement réduite.

Les deux poumons sont fort petits, surtout comparativement à la masse du corps du sujet ; ils sont refoulés par le diaphragme qui bombe la masse intestinale très développée et chargée de graisse. Ils sont tous deux violacés, mous, donnant au doigt une sensation qui rappelle celle de l'atélectasie légère. La muqueuse des bronches est très injectée, on fait sourdre du muco-pus des petites bronches à la coupe du parenchyme ; néanmoins il n'y a nulle part de foyer d'induration ou de suppuration alvéolaire.

L'estomac dilaté présente sa surface interne sans ramollissement cadavérique. Elle est d'un blanc grisâtre et présente un certain nombre de petites taches punctiformes d'un rose vif, isolées les unes des autres, et non réunies en groupes confluent comme les sugillations cadavériques. Un certain nombre sont superficielles, d'autres correspondent à de petites érosions en entonnoir, pouvant recevoir une tête d'épingle, à fond rose. Le foie est gros, et présente l'aspect d'un foie muscade très gras, et dont le contraste de couleur serait atténué et pâli par l'infiltration graisseuse. Le pancréas est noyé dans une masse de graisse qui ferait illusion sur son volume réel ; mais on voit sur les coupes que les lobules sont plutôt réduits. Les capsules surrénales ne présentent rien de particulier. Nous notons seulement leur présence, car on leur a fait jouer un rôle dans l'histoire de l'adénome rénal.

Les deux reins sont enveloppés, comme les autres organes, d'une couche de graisse considérable. Le gauche présente un adénome du volume d'une noisette, faisant saillie sous la capsule, comme une masse blanche mûriforme.

A la coupe, on voit que cette masse s'enfonce dans la substance corticale, et qu'elle paraît formée d'amas superposés, car son contour est irrégulier et comme dessiné par la fusion de plusieurs globes. Sur le rein droit on trouve à la face antérieure un adénome semblable, mais plus volumineux, faisant saillie à la surface comme un champignon. Sur la coupe on voit que sa partie profonde refoule la substance médullaire sans l'entamer.

Son contour est entièrement blanc et crémeux, comme celui de la

première tumeur. Sur la face postérieure du même rein, se trouve une troisième tumeur, bien plus grosse que les deux précédentes; son volume égale celui d'une pomme; elle a creusé dans la substance du rein une fossette qui lui sert seulement d'implantation, et au centre de laquelle elle adhère par des filaments cellulo-vasculaires très faciles à détacher, en sorte que toute la pièce est à peu près indépendante et très facile à enlever. Pourtant elle est recouverte par la capsule, chargée de pelotons adipeux à son niveau, comme sur le rein.

Sa friabilité est extrême, on la déchire en l'enlevant. A la coupe, elle apparaît cloisonnée en trois à quatre grandes loges par des travées fibreuses en partie calcifiées.

La plus volumineuse de ces loges contient des grumeaux blancs très friables, grissant les doigts; les autres présentent soit ces mêmes grumeaux mêlés de sang, soit des caillots récents et anciens. Une autre petite tumeur, presque entièrement hémorrhagique, est retrouvée à la coupe dans l'épaisseur du rein.

Les deux reins sont allongés, plats, assez volumineux, rosés, sans granulations à leur surface. Les artères ne sont pas saillantes à la coupe; pourtant le tissu adipeux commence à envahir le centre de l'organe.

Rien à noter du côté de la vessie.

L'*examen histologique* montre que ces productions adénomateuses multiples se développent dans la substance corticale et qu'elles ont absolument les caractères d'un épithélioma végétant. Le stroma en est formé par des travées conjonctives irrégulières, portant les vaisseaux, et tapissées de cellules cylindriques. De ces travées partent des bourgeons et des végétations de toute forme, effilées, ou renflées en champignons, ramifiées et s'anastomosant, et toutes chargées de cellules cylindriques. Il en résulte par places un aspect assez comparable à celui des kystes mucoïdes de l'ovaire. Les travées contiennent un grand nombre de fibres lisses. Dans leurs parties les plus épaisses elles présentent une altération assez fréquente, les faisceaux connectifs ne se colorent plus et ressemblent grossièrement à du tissu muqueux; sur des points plus dégénérés, on observe de la calcification des travées.

Les cellules épithéliales s'y retrouvent aussi sous la forme de longs tubes à petites cellules cubiques, rappelant bien l'aspect des anses de Henle; et ces tubes sont les seuls éléments que l'on puisse rattacher à la structure normale du rein. A côté d'eux, on rencontre aussi des boyaux cellulaires pleins et anastomosés. L'épithélium des cavités est tantôt cubique et bas, tapissant des cavités larges, irrégulières, tantôt cylindrique, dans des cavités circulaires, tantôt forme un grand nombre de couches de cellules atypiques qui chargent les végétations conjonctives. Il n'y a qu'une chose constante, c'est la présence, dans les alvéoles pleins comme dans les cavités kystiques, de corpuscules globuleux, à couches concentriques, entourés d'un nuage de mucus, qui se colorent en violet foncé par l'hématoxyline. Ils sont très nombreux, les plus petits sont souvent intra-cellulaires, les plus volumineux rappellent les concrétions prostatiques. Les grandes cavités sont remplies de cellules desquamées, englobées dans des masses graisseuses. Le centre de la plus grande tumeur est composé de filaments fibrillaires plongés dans une substance amorphe que les colorants teignent

fortement, mais sans y révéler un seul élément figuré, et de lacunes irrégulières contenant du sang à différents degrés de régression.

Les reins sont assez peu scléreux, si ce n'est au pourtour des néoplasmes et à la pointe des pyramides. Les épithéliums des tubes contournés se colorent mal et leurs noyaux ne se distinguent qu'à peine.

L'estomac, coupé au niveau des ulcérations à fond rouge, montre que ces érosions sont constituées par l'abaissement progressif des glandes et de leur charpente conjonctive, abaissement qui détermine un petit cratère. Ses bords présentent des glandes atrophiées très réduites, remplies de petites cellules cubiques; le fond est formé par des culs-de-sac glandulaires dont la partie superficielle est tombée avec la charpente conjonctive. Ses vaisseaux sont dilatés. La musculaire muqueuse est respectée, mais le chorion sous-jacent présente une grande quantité de tissu adipeux.

Il existe dans le foie des cercles de congestion intense reliant les veines sus-hépatiques; les espaces portes d'autre part forment d'assez larges îlots connectifs infiltrés par places de cellules fusiformes rondes et abondantes avec développement des canaux biliaires. Enfin il existe une stéatose avec de très grosses cellules adipeuses, disséminées autour de ces espaces.

EN RÉSUMÉ : Les lésions de l'estomac sont celles de la forme érosive de la gastrite chronique; elles se rattachent à celles des gastrites ulcéreuses décrites notamment dans la thèse de Gallieni (thèse Paris, 1882, n° 67).

La surcharge adipeuse du cœur, qui a déterminé l'attaque ultime d'asystolie, rentre dans les formes décrites anatomiquement par Laennec, cliniquement par Stokes. Dans ce cas, l'obésité prononcée du sujet, surtout la persistance de l'asystolie avaient amené dans les derniers jours à porter le diagnostic d'adipose cardiaque.

Les tumeurs rénales ont extérieurement les caractères de l'adénome avec sa dégénérescence grasseuse, ses collections hématiques. La tendance à l'isolement et à l'indépendance du néoplasme développé dans la substance corticale est frappante, elle explique l'absence de signes dans l'urine. D'autre part, nous trouvons à l'examen histologique les caractères d'un épithélioma végétant. M. Sabourin, dans son mémoire sur les adénomes hémorrhagiques du rein (Revue de médecine, 1884, p. 874), parle déjà de végétations papillaires tapissées par des cellules cubiques ou cylindriques, sans dégénérescence grasseuse, au début de la lésion; il revient sur ces végétations papillaires et sur l'enkystement incomplet des adénomes d'un certain volume (id., 1884, p. 441), alors que dans son premier travail de 1882 (Arch. de physiologie, 1882, t. I, p. 67) il décrivait l'enkystement des petits

adénomes corticaux. Dans un travail publié en commun avec M. Ettinger (Revue de médecine, 1885, p. 899) il admet ouvertement que l'adénome peut se transformer en épithélioma, opinion que son premier mémoire de 1882 faisait pressentir, puisqu'il établit le développement de l'adénome aux dépens des tubuli contorti. Sur les reins adénomateux d'un saturnin brightique, il trouva des alvéoles semblables à ceux du squirrhe. Il existait une généralisation pulmonaire. L'adénome s'était donc comporté comme une tumeur maligne. Un cas de Giraudeau et Legrand semble établir une généralisation au foie (Gazette hebdomadaire, 14 janvier 1887, p. 1). Si nous rapportons tous ces faits connus, c'est pour montrer que si l'adénome enkysté, multiple, forme le plus souvent une entité bien spéciale, sans dégénérer, comme on le voit dans le corps thyroïde, la prostate, où l'adénome est fréquent, et rare l'épithéliome, les observations de transformation épithéliomateuse sont maintenant parfaitement établies, grâce aux travaux de M. Sabourin principalement. Dans notre cas, les tumeurs multiples d'aspect adénomateux ne présentaient pas à la coupe les larges alvéoles du cancer du rein, mais une végétation papillaire et des formations kystiques tout à fait nettes, sans enkystement. C'est donc une série d'adénomes épithéliomateux, portant sur les deux reins; ce cas confirme donc entièrement les observations que nous venons de citer. Mais il nous faut citer la structure particulière de cette tumeur qui rappelle comme nous l'avons dit celle des kystes mucoïdes végétants, épithéliomateux de l'ovaire. Il est en effet une autre variété de tumeur rénale, bilatérale également, rappelant non pas le kyste malin de l'ovaire, mais la tumeur polykystique simple qui n'en est qu'un degré, c'est le rein polykystique que M. Lejars, d'après différents examens histologiques dus principalement à M. Cornil et à M. Malassez n'hésite pas à assimiler au cysto-épithéliome de l'ovaire (Gazette des hôpitaux, 1889, p. 430). Il existerait donc entre l'adénome, le squirrhe, l'épithéliome végétant et l'épithéliome polykystique du rein une série d'intermédiaires reliant toutes ces tumeurs par la chaîne d'une parenté assez étroite.

Arthropathies tabétiques du tarse postérieur et de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. — Déviation latérale externe de cet orteil, par M. CHIPAULT, aide d'anatomie.

J'ai l'honneur de présenter à la Société le pied osseux d'un malade amputé l'an dernier par M. Tuffier pour une arthropathie tabétique du tarse postérieur.

Voici en deux mots son histoire.

L..., Philippe (1), 67 ans, amputé de la jambe droite au lieu d'élection, il y a 3 ans et demi pour un mal perforant métatarso-phalangien. Excellent résultat.

Il y a deux mois, début de l'affection du pied gauche.

Aujourd'hui ce pied et la partie inférieure de la jambe sont énormes, empâtés, durs. Les masses osseuses se confondent avec le tissu sclérosé avoisinant. La peau sur toute la partie malade est quadrillée, atteinte de dermite hypertrophique. Durillon sous-métatarso-phalangien du gros orteil. Dystrophies unguéales.

Mobilité exagérée de l'avant-pied sur l'avant-pied; mobilité excessive de la première phalange du gros orteil sur le métatarsien.

Symptômes nets de tabes.

Amputation de jambe au tiers supérieur.

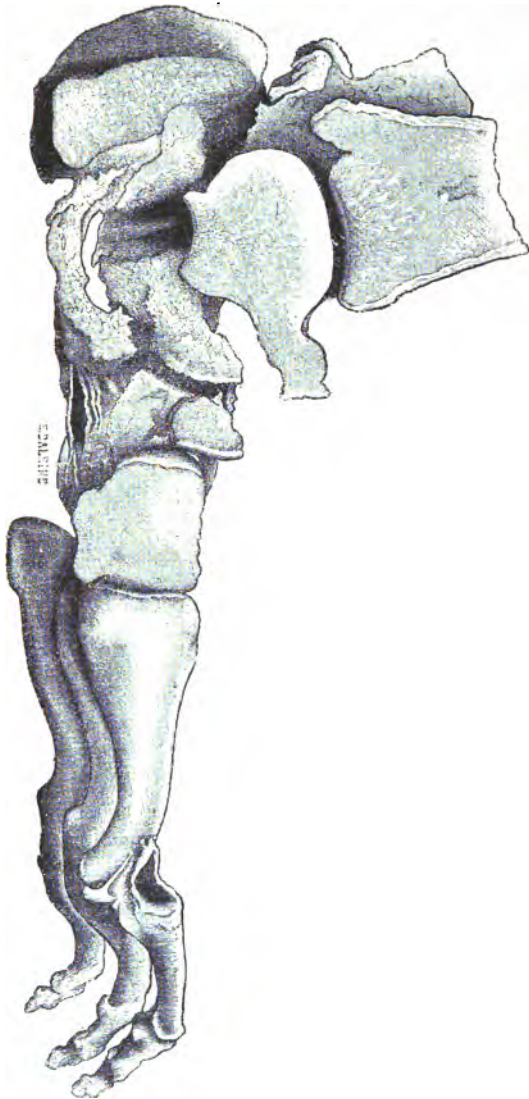
La dissection de la pièce montra que les lésions osseuses, non aussi étendues qu'aurait pu le faire croire l'examen clinique, avaient cependant envahi tout le tarse postérieur, que le calcanéum et le cuboïde formaient à l'astragale et à l'extrémité inférieure des os de la jambe, une profonde cuvette de réception. Il y avait aussi usure très nette de la tête métatarsienne du gros orteil.

Nous ferons remarquer.

Au point de vue opératoire : a) *la dureté scléreuse des tissus* qui fit que malgré le niveau fort élevé où l'on amputa ou eut la plus grande difficulté à appliquer le lambeau externe;

b) La nécessité dans les cas où une opération paraîtra nécessaire de faire une ablation large dépassant autant que possible les limites de la névrite causale. On évitera ainsi, peut-être, les récides des troubles trophiques osseux ou cutanés. En tout cas, à notre avis, il ne faudra jamais se contenter d'une arthrotomie : l'intervention ne serait alors qu'une gêne de plus ajoutée aux souffrances du malade, sans qu'on puisse même avoir l'espérance d'une guérison. Czerny

(1) Nous ne donnons ici qu'une observation très résumée, les détails ayant été publiés en commun avec M. Tuffier dans les *Archives de médecine*, oct. 1889.



intervint une fois par arthrotomie dans une arthropathie tabétique tibio-tarsienne et n'obtint qu'une amélioration passagère. Une autre fois, le même chirurgien fit une amputation de jambe suivie de mort, due à un érysipèle.

Ce sont, à notre connaissance, les seuls cas d'arthropathie tabétique du pied où l'intervention chirurgicale ait été tentée.

La véritable arthropathie tabétique du pied, celle où le massif osseux est en grande partie détruit, est d'ailleurs une affection dont les observations se comptent.

Dans ces cas, les lésions siègent toujours d'une façon dominante au niveau de l'astragale, du calcanéum et du cuboïde (Charcot et Féré (1); Boyer (2); Gaucher et Duflocq (3); Paulidès (4); Czerny (5); en un mot au niveau du talon postérieur. Est-ce à dire que le traumatisme répété de la marche ne soit pas sans influence sur cette localisation. On sait que Bernhardt a publié un cas d'arthropathie tabétique du pied gauche où une chute antérieure sur le pied ne paraît pas avoir été sans influence sur cette détermination de la maladie.

II. — En faveur de l'opinion que nous émettons, disons qu'à côté des arthropathies nerveuses du tarse postérieur auxquelles nous voudrions qu'on réservât le nom d'arthropathie tabétique du pied, existent des *arthropathies nerveuses de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil*, c'est-à-dire du plus important des talons antérieurs.

Il y avait donc, comme pour les maux perforants, à côté de la cause principale (la névrite) une cause déterminant la localisation (le traumatisme). L'arthropathie métatarso-phalangienne des orteils, en particulier du gros orteil, est bien plus fréquente que les arthropathies étendues du tarse postérieur. Bon nombre de cas, observés chez des tabétiques, ont été publiés sous le nom d'arthropathies tabétiques du pied. Elle est singulièrement fréquente, comme trouble tro-

(1) CHARCOT et FÉRÉ. Affections osseuses et articulaires du pied chez les tabétiques (pied tabétique). *Arch. de neurologie*, 1883.

(2) BOYER. Pied tabétique. *Revue de médecine*, 1884.

(3) GAUCHER et DUFLOCQ. Arthropathie tibio-péronéo-tarsienne gauche tabétique. *Revue de médecine*, 1884.

(4) PAULIDÈS. *Des arthropathies tabétiques du pied*. Th., Paris, 1888.

(5) CZERNY, *Arch. f. klin. Chir.*, 1886.

prique consécutif aux gelures anciennes, ainsi qu'en font foi le texte et les dessins de la thèse de Germain.

- L'arthropathie métatarso-phalangienne du gros orteil est soit le complément d'une arthropathie du tarse postérieur, comme dans l'observation précédente, soit la lésion unique comme chez un tabétique mort de tuberculose pulmonaire, dont voici les deux avant-pieds :

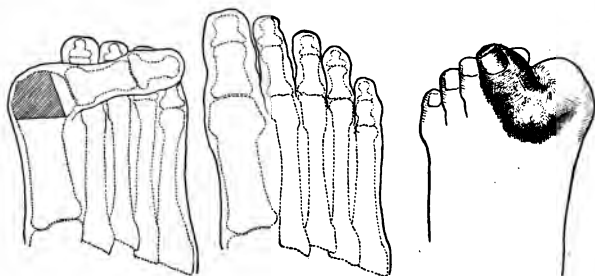


FIG. 1.

FIG. 2.

FIG. 3.

L'intérêt de ces arthropathies réside dans les déviations qu'elles produisent.

La plus fréquente, celle autour de qui on peut grouper toute les autres, c'est la *déviatio*n du gros orteil en dehors au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne.

Rousselot, Lafont, Boyer, Gerdy, Velpeau, Blandin, Broca, Legée (1), la considéraient comme due à la compression par des chaussures trop étroites ou trop courtes, la longueur trop grande du gros orteil, la largeur excessive de l'avant-pied au niveau de la base des orteils, viendraient en aide à la cause mécanique. Donc ici une cause prédisposante, la déformation congénitale; une déterminante, la compression.

D'autres fois, la cause déterminante restant la même, la prédisposante nous paraît être articulaire. L'asthme, le rhumatisme chronique agiront souvent. Germain (2) signale dans sa thèse la fréquence de la déviation à la suite d'arthro-

(1) LEGÉE. *Essai sur les difformités des orteils*. Th., 1869.

(2) GERMAIN. *Des lésions trophiques et des troubles sensitifs dans les gelures anciennes*. Th., 1879.

pathie consécutive aux gelures anciennés. Dans le même ordre de faits rentre l'histoire du vieux soldat observé par Malgaigne (1) et qui, ayant eu le pied gelé à la campagne de Pologne de 1793, avait depuis une déviation externe des gros orteils. Les arthropathies du tabes peuvent produire un résultat pareil. Tel le cas que nous avons observé.

L'anatomie pathologique de la déviation latérale est connue depuis les recherches de P. Broca (2). La partie externe de la tête métatarsienne devient articulaire sur une trop grande étendue, sa partie interne servant au glissement du ligament latéral interne de l'articulation métatarso-phalangienne ; la tubérosité située au-dessus de la rainure sésamoïdienne interne devient énorme : c'est là la lésion osseuse principale.

Signalons encore la déviation en dedans de la tête métatarsienne, la rotation de dehors en dedans sur son axe du métatarse.

L'articulation métatarso-pharyngienne est ou non ankylosée.

Dans le cas que nous avons disséqué, toutes les lésions signalées par Broca se retrouvaient, mais en plus une dispartition du cartilage articulaire métatarsien, et une usure manifeste de la partie externe de sa tête.

Les fléchisseurs et extenseurs du gros orteil deviennent adducteurs du pied, ce qu'explique facilement son changement de direction.

Le plus souvent, la déviation latérale s'accompagne de déviations variées d'autres orteils. Nous en avons tenté le classement :

1^{re} Espèce. *Déviation latérale externe du gros orteil simple* : a) au-dessus des autres orteils (fig. 1) ; 1) au-dessous.

2^e Espèce. *Déviation latérale du gros orteil, compliquée de déviation latérale d'autres orteils.*

a) *Type coudé.* — Tous les orteils sont penchés en dehors, dans leurs articulations métatarso-phalangiennes. Dans ce cas, le gros orteil enjambe légèrement, et forme une couche supérieure. Les autres orteils en constituant une inférieure (fig. 3).

(1) MALGAIGNE. *Leçons d'orthopédie*, 1862.

(2) P. BROCA. Des difformités de la partie antérieure du pied produites par l'action de la chaussure. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1852, p. 60.

b) *Type effilé.* — Le gros orteil se penchant au dehors, le petit se penche en dedans : en somme tous les orteils se rapprochent de l'axe du pied et le massif qu'il forment s'apointit en avant : il y a ici de nombreuses variétés suivant que tel ou tel orteil se place sur la couche supérieure ou l'inférieure.

1° 14 fois 22, Broca a vu la couche supérieure formée par le 2° et le 4° orteil, l'inférieure par les trois autres (fig. 5).

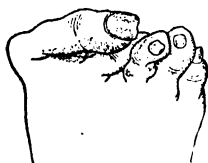


FIG. 4. — D'après LEGÉE.



FIG. 5. — D'après LEGÉE.

2° Les autres variétés sont moins fréquentes, M. Broca (1) a montré à la Société anatomique un cas où le gros et le petit orteil, convergents vers l'axe du pied, enjambaient les autres en dessus. Le même auteur a vu les orteils extrêmes enjambrer les 3 autres par-dessous. Enfin l'un peut passer au-dessus, l'autre au-dessous.

3° *Espèce. Déviation latérale du gros orteil compliquée de déviations verticales d'autres orteils.*

a) Entre le 1° et le 3° orteils rapprochés à leur extrémité vient se placer la 3° phalange du second, dévié verticalement (fig. 6).

b) Le gros orteil passe au-dessous du second, qui est dévié verticalement (fig. 7).

On voit qu'il s'agit ici des variétés d'orteil en marteau décrites par M. Blum (2).

Enfin, le gros orteil, dévié latéralement au niveau de son articulation métatarso-phalangienne, peut être lui-même dévié verticalement au niveau de son articulation phalango-

(1) BROCA. *Loc. cit.*

(2) BLUM. Orteil à marteau. *Arch. gén. de médecine*, 1884, t. II, p. 351.

phalanginienne. Il en était ainsi sur le pied gauche de notre tabétique (fig. 3). On rencontre aussi, dans le tabes, des déviations verticales d'autres orteils, véritables orteils en marteau d'origine arthropathique.

Les déviations tendant à effiler le massif des orteils paraissent dues le plus souvent à la seule compression mécanique; les déviations irrégulières étant plutôt dues aux arthrites et aux arthropathies.



FIG. 6.



FIG. 7.

La déviation simple ou compliquée du gros orteil entrave singulièrement la marche par la création de points de contact et d'appui nouveaux.

A la face interne de l'articulation métatarso-phalangienne déviée se développent des durillons, des oignons. P. Broca (1) avait déjà reconnu que les nerfs passant au niveau de l'oignon sur la tête du métacarpien sont considérablement hypertrophiés. « Cette hypertrophie des nerfs comprimés peut être rapprochée de celle que l'on voit sur les extrémités des nerfs des moignons. » Ne pourrait-on pas dès lors expliquer les douleurs hygrométriques des oignons par une riche vascularisation veineuse, à caractères spéciaux, de leurs nerfs, comme Lejars (2) l'a fait récemment pour les névromes des moignons ?

Sous le durillon se développe une bourse séreuse qui peut suppurer (Leyle, Broca, etc.). Au durillon peut succéder un mal perforant.

Ce que nous venons de dire pour la déviation latérale du

(1) BROCA. *Soc. anat.* Paris, 1852, p. 132.

(2) LEJARS. Sur les veines des névromes et sur les douleurs des moignons. *Arch. de physiologie*, 1889, p. 701.

gros orteil est vrai pour les autres déviations. C'est ainsi que la face dorsale des orteils au niveau de la jonction de la 1^{re} et de la 2^e phalange peut devenir le siège de durillons, d'ulcérations. On a alors ce que Dubreuil appelait le mal dorsal des orteils, qui n'est sûrement qu'une localisation spéciale du mal perforant.

Ainsi, pour en revenir aux déviations consécutives aux arthropathies tabétiques, les traumatismes de la marche produisent la localisation de l'arthropathie, et cette localisation, par les déviations qu'elle engendre, devient une cause de frottement, d'excitations qui localisent les troubles trophiques cutanés.

Nous avons récemment démontré avec notre maître M. Tuffier, que l'arthropathie au lieu d'être un accident des phases ultimes du mal perforant le précédait souvent et l'accompagnait, lui survivait même lorsqu'il était guéri. Les faits précédents viennent encore à l'appui de notre dire.

Des moyens orthopédiques suffiront parfois pour rendre aux orteils leur direction primitive. Après les avoir employés sans succès on pourra recourir à une intervention chirurgicale. Par exemple dans la déviation latérale du gros orteil une ostéotomie cunéiforme de la partie indemne de la tête métatarsienne, enlevant la partie hypertrophiée, pourra paraître indiquée. D'autres auteurs, Monod (1), Jalaguier (2), entre autres, ont fait la résection de la tête. Si les déviations sont multiples, on y remédiera soit par des opérations multiples, soit, dans les cas très complexes, par l'ablation des orteils.

M. CHAPUT. — Il existe plusieurs procédés opératoires applicables à la déviation latérale du gros orteil. D'abord la section au ciseau de la saillie osseuse, préconisée par Reverdin pour les cas légers. Dans les cas graves, le même auteur ajoute à l'opération précédente une résection cunéiforme sur le col de l'os. L'ostéotomie simple pourrait encore être conseillée.

Le procédé à mon avis le plus recommandable c'est la résection de la tête du premier métatarsien seulement, sans

(1) MONOD. Déviation du gros orteil. Résection articulaire. *Bull. Soc. chir.*, 1888, p. 876 et 952.

(2) JALAGUIER. Résection des têtes des premiers métatarsiens pour une déviation à angle droit des gros orteils. *Bull. Soc. chir.*, 1888, p. 876.

section de la phalange ni suture osseuse. Elle est particulièrement indiquée à cause du volume considérable de l'os, et de la rapidité très grande de la réparation. J'ai exécuté cette année cette opération sur les deux pieds d'un même individu en une seule séance, par une incision longitudinale dorsale et la réunion sans drainage. Le premier pansement fut fait le huitième jour et le dernier au quinzième; le lendemain le malade partit guéri à Vincennes.

M. Chipaut nous propose une nouvelle section cunéiforme de la tête métatarsienne qui n'a pas de grands avantages et qui a l'inconvénient d'exiger un temps assez long pour la réparation osseuse. C'est pourquoi je persiste à préférer la résection.

Cancer du foie et tuberculose, par E. MAURIN, interne des hôpitaux.

OBS. I. — *Épithélioma primitif de la vésicule biliaire. — Cancer secondaire du foie. — Tuberculose pulmonaire concomitante.*

R., Marie, âgée de 40 ans, ménagère, entre le 30 août 1889 à la Charité, dans le service de M. Blachez, suppléé par M. Gaucher, salle Beau, n° 15. Nous n'avons pu recueillir de renseignement précis sur ses antécédents héréditaires, la malade ayant à peine connu ses parents. *Antécédents personnels.* — Elle a toujours joui d'une bonne santé. Depuis sa tendre enfance, elle ne se rappelle pas avoir jamais été obligée de garder le lit seulement pendant deux jours de suite. Réglée à 14 ans, elle a eu huit enfants, le 1^{er} à 25 ans, le dernier à 34 ans. Quatre sont encore vivants et bien portants; les autres sont morts entre 15 mois et 2 ans du croup ou des convulsions. Pendant ses grossesses, ni dans leur intervalle elle n'a jamais souffert de coliques hépatiques et n'a jamais eu d'ictère. Ses fonctions digestives ont toujours été bonnes et régulières. Depuis deux mois seulement son appétit a diminué. La malade éprouve un malaise vague, de la faiblesse générale et une douleur fixe à la région épigastrique avec crises paroxystiques sous forme de coups de canif. Jamais de vomissements.

Etat actuel. — C'est une femme d'une complexion moyenne, qui dit avoir maigri beaucoup dans ces derniers temps et qui présente encore néanmoins un certain embonpoint; on constate dans la région de la vésicule biliaire, c'est-à-dire entre le bord externe du grand droit de l'abdomen et le rebord des fausses côtes droites, une tumeur du volume d'une noix faisant une légère saillie sous la peau, dure, inégale, non mobile, en contiguïté avec le foie dont elle semble indépendante, très facile à limiter avec les doigts, peu douloureuse à la pression sauf en un point à droite où le plus léger contact fait tressauter la malade. Le foie n'est pas augmenté de volume. Il est absolument indolent à la percussion et à la palpation. Pas d'ictère, pas de

troubles fonctionnels du côté de l'estomac, autre qu'un peu d'anorexie. Pas d'ictère, pas de vomissements. Rien à signaler du côté des autres organes. Pas d'albumine dans les urines. T. 37°,8 ; 38°,2.

Le 2 septembre, la malade allant difficilement à la garde-robe, on lui administra 30 gr. d'huile de ricin. A la suite de ce purgatif, la malade accuse, le soir, une douleur très vive au niveau de sa tumeur. Pas de vomissement, pas d'ictère. Temp. m. 37°,4 ; soir 39°. Les jours suivants, la douleur diminue un peu d'intensité.

Le 7. La tumeur est plus volumineuse, moins facile à délimiter. Temp. m. 37°,6 ; soir, 38°,8.

Le 15. La malade présente une légère teinte subictérique des conjonctives. Le foie dépasse de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes ; il est douloureux à la pression, mais on ne perçoit aucune inégalité à sa surface.

A partir de ce jour, l'ictère s'accroît avec une très grande rapidité. Dès le 19, la malade offre une teinte jaune safranée généralisée. Les urines, émises en faible quantité, sont brunâtres et contiennent du pigment biliaire en abondance. Les matières sont complètement décolorées, argileuses. Temp. m. 37°,5 ; soir, 38°,6.

Le 30. L'ictère s'accroît tous les jours davantage. La malade a eu hier trois légères épistaxis. La tumeur et le foie ont considérablement augmenté de volume. Ils ne forment qu'une seule masse, soulevant l'hypochondre droit, dépassant de quatre travers de doigt, le rebord des fausses côtes, et atteignant presque l'ombilic. On reconnaît nettement la présence d'inégalités, de bosselures à la surface convexe du foie.

Les urines, outre les pigments biliaires toujours en abondance, contiennent une notable quantité d'albumine. T. m. 38° ; soir, 39°,2.

Bientôt l'état général s'aggrave. Le ventre se ballonne. Il survient de la prostration, du délire, de la diarrhée, et le 19 novembre, la malade meurt au milieu de symptômes typhoïdes. Depuis une huitaine de jours, sa température oscillait entre 38°,5 le matin, et 39°,5 le soir.

AUTOPSIE, 30 heures après la mort. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on voit les anses intestinales, et particulièrement le gros intestin, distendus, faire hernie à travers l'incision. Le foie, très volumineux, pèse 3,100 gr. Il est farci de nodosités blanchâtres, d'une consistance ferme, et donnant peu de suc par le raclage. Il y en a de toutes dimensions, depuis la grosseur d'une noisette jusqu'à celle d'une mandarine. On en compte une vingtaine rien qu'à la surface convexe du foie, dont quelques-unes avec la cupule caractéristique des nodosités cancéreuses, très nettement formée. Dans leur intervalle, le parenchyme hépatique offre une coloration verdâtre due à la dilatation et à la réplétion des canalicules biliaires.

La vésicule biliaire, très indurée, a la forme d'une masse blanc jaunâtre du volume d'un œuf. La cavité notablement rétrécie est remplie de petits calculs tétraédriques, brun jaunâtre, au nombre de quatorze, constitués par de la cholestérine presque pure. Les parois, d'un centimètre d'épaisseur environ, sont transformées en un tissu blanchâtre dur, donnant peu de suc par le raclage.

Un nodule cancéreux du bord antérieur du foie fait corps avec les parois avoisinantes de la vésicule.

Les ganglions du hile sont hypertrophiés et dégénérés, ainsi que ceux du grand épiploon.

L'estomac, le pancréas et les anses intestinales voisines sont indemnes de toute lésion. Mais on trouve sur la fin de l'iléon, à 20 c. du cæcum une plaque arrondie de la dimension d'une pièce de un franc, indurée, blanchâtre, à la coupe, évidemment formée de tissu cancéreux, et intéressant toutes les tuniques de l'intestin, sauf peut-être la muqueuse, autant qu'on peut en juger à l'œil nu.

Une plaque semblable, ovalaire, existe également à la partie antérieure et moyenne du rectum, mais n'intéresse que la tunique péritonéale.

Les reins, volumineux, se décortiquent assez bien. A la coupe, outre l'imprégnation biliaire très accentuée, on constate les lésions macroscopiques de la néphrite parenchymateuse. Les autres organes, rate, utérus, ovaires, vessie, sont normaux. Il en est de même des ganglions mésentériques. Le cœur et le péricarde ne présentent rien de particulier à signaler. Quant aux poumons ils sont indurés et bridés aux deux sommets par des lésions de pneumonie fibreuse. Au milieu de cette prolifération conjonctive, il existe des noyaux caséux, gros comme des pois, au nombre de 8 à 10 de chaque côté, plusieurs en voie de ramollissement. Les deux bases sont le siège de congestion intense.

Les ganglions des creux sus-claviculaires sont intacts.

L'examen histologique fait par le Dr Brault, du noyau avoisinant, la vésicule biliaire, a montré qu'il était constitué par des cavités tapissées, pour la plupart, par une seule couche de cellules cylindriques basses, cylindro-cubiques. Nous avons donc affaire à un épithélioma cylindrique.

OBS. II. — *Cancer du pylore. — Cancer secondaire du foie. — Péritonite cancéreuse. — Tuberculose pulmonaire concomitante.* — Lez., François, âgé de 42 ans, garçon d'hôtel, entre le 11 novembre 1889, à la Charité, dans le service de M. Blachez, suppléé par M. Gaucher, salle Vulpian, n° 25. Sa mère est morte à 36 ans de la poitrine. A 16 ans, il a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui s'est renouvelée deux fois depuis, à 23 ans et à 34 ans. Il y a 10 ans, pendant un séjour au Brésil, il aurait eu les fièvres intermittentes. Depuis plusieurs années, il tousse, particulièrement les hivers. A la suite d'une bronchite, il y a six mois, son état général s'est sensiblement aggravé. Il a maigri beaucoup. Il tousse continuellement. Depuis un mois il a de la diarrhée et vomit tout ce qu'il prend. Il n'a jamais craché de sang.

Etat actuel. — Le malade est dans un état de cachexie et d'émaciation très avancé. Il est pâle, les yeux sont excavés, les joues creuses, les pommettes saillantes, les extrémités inférieures œdématisées. On constate aux deux sommets, surtout à droite, de la matité, du souffle amphorique, et du gargouillement. Dans le reste de la poitrine, des râles muqueux disséminés. Avec cela, une toux fréquente et une expectoration muco-purulente. Le ventre est distendu par une notable quantité de liquide ascitique. Les veines sous-cutanées abdominales dilatées se dessinent sous la peau sous forme de cordons bleuâtres. Pas d'albumine dans les urines. Le foie est peu exploré.

Son examen est d'ailleurs rendu difficile par la distension du ventre. T. soir, 37° 9.

On porte le diagnostic de tuberculose pulmonaire avec péritonite tuberculeuse.

Les jours suivants, l'état du malade continue à s'aggraver. Diarrhée profuse, vomissements alimentaires fréquents. Il succombe bientôt, le 24 novembre, soit treize jours après son entrée. Le malade n'avait jamais présenté la plus légère teinte subictérique.

AUTOPSIE. — Adhérences pleurales anciennes. Épaississement de la plèvre viscérale.

Le *poumon* droit contient à son sommet une grosse caverne, irrégulière, anfractueuse, dans laquelle on pourrait facilement loger un œuf. Au voisinage, existent plusieurs noyaux caséeux en voie de ramollissement. Le reste du parenchyme, surtout dans le tiers moyen, est criblé de granulations grises demi-transparentes. Le poumon gauche est moins profondément atteint. Il présente seulement au sommet deux petites cavernes de la dimension d'une noisette, mais tout le reste du parenchyme est, comme à droite, infiltré de granulations grises demi-transparentes.

Le *cœur* a son volume à peu près normal. Ses parois sont flasques. Pas de lésions d'orifices.

La *cavité abdominale* contient cinq à six litres de liquide citrin. Les anses intestinales sont distendues.

Le *foie*, très volumineux, pèse 3,400 gr. Le tissu hépatique forme à peine 1/5 du volume total de l'organe. Les autres 4/5 sont constitués par des masses blanchâtres, du volume du poing, très friables surtout à leur partie centrale. Quelques-unes de ces masses arrivent au contact les unes des autres de manière à former des îlots gros comme une tête de fœtus où le parenchyme hépatique a complètement disparu. Les nodosités les plus superficielles font une légère saillie sous la capsule de Glisson. La vésicule biliaire et les ganglions du hile sont intacts.

L'*estomac* présente au niveau du pylore une tumeur du volume d'une grosse noix, de consistance ferme, et qu'à la coupe on reconnaît constituée par un tissu blanc grisâtre, brillant, couenneux, lardacé. L'orifice pylorique n'est pas sensiblement rétréci; il permet facilement l'introduction de l'index. Le tissu morbide s'étend sur les parois de l'estomac autour du pylore, sur une étendue de 6 à 7 centimètres. Sa limite avec le tissu sain est nettement marquée par un bourrelet saillant, irrégulier et induré.

La cavité de l'estomac est rétrécie, les parois étant revenues sur elles-mêmes. Les ganglions de l'épiploon gastro-hépatique sont hypertrophiés et dégénérés. Il en est de même des ganglions mésentériques.

La *rate* et les *reins* ont un volume normal. Ils ne présentent pas de lésions appréciables à l'œil nu.

Le *péritoine* diaphragmatique, dans sa moitié droite, celui qui tapisse les deux fosses iliaques et les parties avoisinantes du petit bassin, sont couverts de granulations blanchâtres, dures, criant sous le scalpel, aplaties, du volume d'une lentille à celui d'un pois. Ailleurs, sur les autres portions du péritoine, cette sorte d'éruption de papules cancéreuses, si l'on peut s'exprimer ainsi, est plus discrète. On en voit jusque sur les anses intestinales elles-mêmes.

Les testicules sont sains.

RÉFLEXIONS. — Dans la première observation, l'analyse et la filiation des symptômes ont permis de faire du vivant du sujet le diagnostic d'épithélioma primitif de la vésicule biliaire, et de cancer secondaire du foie, diagnostic confirmé par l'examen anatomique. Les lésions tuberculeuses du poumon n'avaient pas été reconnues, mais il est vrai de dire qu'elles ne pouvaient donner que des signes stéthoscopiques assez difficilement appréciables.

Dans la seconde, le diagnostic de tuberculose pulmonaire s'imposait ; celui de péritonite tuberculeuse avait été porté en raisonnant surtout par analogie. Or à l'autopsie nous avons trouvé en plus de la tuberculose pulmonaire, un cancer de l'estomac, un cancer du foie et une péritonite cancéreuse et non tuberculeuse. Nous croyons que l'on ne pouvait guère éviter l'erreur, étant donnée la difficulté où l'on se trouvait de procéder à un examen minutieux chez un malade plongé dans un état de faiblesse et de cachexie aussi avancé, et qui ne demandait que le repos. On ne songe guère d'ailleurs en général à gratifier un malade de deux affections aussi différentes, quand l'une d'elles, à elle seule, semble pouvoir expliquer tous les accidents.

Quoi qu'il en soit, nous ne voulons retenir de ce qui précède que le fait suivant : l'association chez nos deux malades du cancer et de la tuberculose. Autrefois, on croyait qu'il y avait incompatibilité entre ces deux diathèses : nos deux observations montrent une fois de plus que cette croyance est tout au moins inexacte.

Hémiplégie gauche avec aphasie.

M. TISON présente le cerveau d'une femme aphasique atteinte d'hémiplégie gauche. Il y a un ramollissement cortical évident à droite et de ce côté la 3^e frontale est malade. L'examen complet de l'hémisphère gauche ne révèle aucune lésion, superficielle ou profonde.

M. BROCA demande si la malade était gauchère ou droitère.

M. TISON n'a pas songé à faire une enquête sur ce point dans l'entourage de la malade. Il la fera et remettra l'observation complétée.

NOVEMBRE

Séance du 8 novembre 1889.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL

Fibro-sarcome de la paume de la main, par M. SAUVINEAU, interne des hôpitaux.

La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter provient d'une malade du service de M. le Dr Monod, la femme G..., âgée de 48 ans, entrée salle Lisfranc, le 22 octobre 1889.

L'apparition de cette tumeur remonte à une dizaine d'années. Vers 1880, la femme G..., jusque-là bien portante et sans antécédents héréditaires, s'aperçut qu'elle portait, à la paume de la main gauche, une petite tumeur, arrondie, qui présentait alors ou qui atteignit rapidement le volume d'un petit pois. Cette tumeur était située sous la peau, au point correspondant à la face antérieure de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Elle grossit lentement, n'ayant encore trois ans après (fin 1882) que le volume d'une noisette. En 1885, son volume s'accrut rapidement et arriva en quelques mois à égaler celui d'une mandarine. M. Monod fut alors consulté (novembre 1885).

La tumeur bosselée, recouverte par des téguments rouges et amincis par places, ne dépassait pas en dedans le 3^e os métacarpien ; en dehors, elle s'étalait sur la face externe du 2^e métacarpien, et remontait en haut vers la base du pouce, vers la partie supérieure du 1^{er} espace interosseux. Elle présentait une mobilité transversale très nette ; mais, de haut en bas, on ne parvenait à lui imprimer aucun déplacement sur les parties profondes. Les mouvements des doigts sont parfaitement libres. La tumeur n'est gênante qu'à cause de son volume. Sa consistance est molle, presque fluctuante, donnant la sensation d'une masse molle dans une coque mince.

Opération le 9 novembre 1885. Dissection laborieuse de la peau. Dégagement facile des parties profondes, sauf en un point où la tumeur envoie un prolongement dans le 2^e espace interosseux. Réunion rapide sans incidents.

Six mois après, la récurrence survient au point précis où la tumeur s'était primitivement développée, et s'étale cette fois dans la paume. En mai 1887, la tumeur offre le volume d'une grosse amande. La peau qui la recouvre est envahie au centre, intacte à la périphérie. La tumeur est plus adhérente aux parties profondes que précédemment. Les mouvements des doigts sont toujours libres.

2^e opération le 3 juin 1887. Ablation de la tumeur y compris la plus grande partie de la peau qui la recouvre. Pour dégager les parties profondes, il faut entamer l'aponévrose palmaire superficielle et mettre à nu les tendons fléchisseurs de l'index. Résection après coup d'un prolongement pénétrant sous les tendons de l'index, sans y adhérer. Réunion rapide sans incidents.

Deuxième récurrence après 5 à 6 mois, au même endroit. De là, la tumeur envahit le deuxième espace interosseux et le pli interdigital correspondant, et apparaît sur la face dorsale ; puis envahit de même tout le premier espace, enfin s'étale vers l'éminence thénar et la partie externe de la région de la paume, remontant vers le pli antérieur du poignet. Il y a un an, la tumeur avait le volume d'un œuf de poule. La malade, qui, jusque-là, n'avait ressenti aucune douleur, se plaint d'une sensation d'engourdissement dans la main, de douleurs fugaces, survenant surtout la nuit.

Depuis quelques semaines, tandis que la tumeur s'accroît rapidement, les douleurs deviennent vives, survenant par crises de quelques minutes, surtout la nuit, et occupent surtout l'extrémité du médium « comme si on arrachait l'ongle ». Depuis 8 jours, les douleurs sont continues, avec des exacerbations très pénibles.

La malade entre à l'hôpital le 22 octobre 1889. La tumeur présente le volume d'un poing d'adulte ; elle occupe toute la paume, dont il ne reste plus qu'un bord libre de 1 centimètre de large, en dedans. Les trois derniers doigts sont rejetés vers le bord cubital, et fléchis. Comme les deux premiers métacarpiens (sauf la face dorsale du premier) sont englobés dans le néoplasme, qui remplit les deux premiers espaces interosseux, il en résulte que le pouce et l'index, fléchis, paraissent implantés au beau milieu de la tumeur. A la paume, celle-ci remonte jusqu'au pli antérieur du poignet, où elle s'arrête nettement. En bas, elle ne se prolonge pas dans les doigts.

La peau qui la recouvre est violacée, avec de nombreuses varicosités. Elle est extrêmement distendue : la tumeur, en effet, au niveau de la paume, est recouverte uniquement par la peau de l'éminence thénar, et le pli de flexion, qui limite normalement celle-ci, est refoulé jusque près du bord cubital, et limite ainsi la tumeur.

La consistance en est uniformément rénitente, élastique, sauf en un point tout à fait à la partie supérieure et antérieure. Elle est lisse, dans son ensemble, avec quelques bosselures, dues à la présence des deux premiers métacarpiens dans son épaisseur et aux cicatrices des deux premières incisions. La peau est adhérente, semble envahie. La tumeur est absolument immobile sur le squelette. Il n'y a pas de ganglions envahis, ni au coude ni à l'aisselle. L'état général est excellent.

Opération le 24 octobre 1889, sous le chloroforme. Amputation à la partie inférieure de l'avant-bras par la méthode circulaire à manchette. Pansement antiseptique. Guérison très rapide.

Le diagnostic posé avant l'ablation : Fibro-sarcome développé aux dépens de l'aponévrose palmaire, est confirmé par l'examen macroscopique et histologique du néoplasme.

La peau, incisée, se sépare facilement de la tumeur, du moins dans la partie supérieure. Tout à fait en haut, sont refoulés les muscles de l'éminence thénar, et c'est à eux qu'on doit la sensation de fluctuation qui existait en ce point. En bas, près des doigts, la peau est très adhérente, et n'est détachée de la tumeur qu'avec une difficulté extrême. L'aponévrose palmaire superficielle a complètement disparu. La tumeur, appliquée d'une part à la peau, repose d'autre part, directement sur le squelette. Les tendons des trois derniers doigts avec leurs lombricaux, sont refoulés en dedans, sans être englobés dans la tumeur. Quant aux tendons de l'index, ils la traversent de part en part. Leur gaine adhère à la tumeur, mais les tendons glissent facilement dans ces gaines. Les os métacarpiens sont sains ainsi que les articulations. La tumeur, qui au premier abord paraît faire corps avec ces os, s'en sépare très facilement. Traversant le gril métacarpien, le néoplasme fait saillie sur la face dorsale à travers les deux premiers espaces interosseux. Un prolongement, passant en arrière des tendons du médus, plonge dans le 3^e espace interosseux.

L'examen histologique a été pratiqué par notre collègue Raoult, qui a bien voulu nous remettre la note suivante.

« A l'examen histologique avec grossissement faible, on voit que la tumeur est formée d'îlots séparés par des travées de tissu fibreux assez dense » les îlots se détachent par une teinte rouge orangé plus sombre, sur les travées fibreuses colorées en rose par le picro-carmin. Ces îlots, vus à un fort grossissement, présentent des îlots plus petits formés de cellules embryonnaires, entourés de bandes d'un tissu composé de cellules avec prolongements, tassées les unes contre les autres. En quelques points rares, les cellules ramifiées forment un tissu lâche comprenant des cellules embryonnaires dans leurs mailles.

Des vaisseaux assez nombreux existent dans les points les plus denses de la préparation. »

Sac de hernie inguinale congénitale, par C. WALTHER, chef de clinique chirurgicale.

Ce sac a été extirpé le 7 novembre chez un malade entré le jour même à l'hôpital de la Charité, salle Velpeau, n° 40, service de M. le professeur Trélat.

Renseignements cliniques. — Garçon de 18 ans, très vigoureux. L'affection a débuté le 25 décembre 1888 par l'apparition brusque d'une tumeur inguinale droite accompagnée d'accidents d'occlusion, constipation, vomissements ; malgré l'intensité de la douleur inguinale, le malade ne consulte pas de médecin, garde le lit pendant deux jours et, sous l'influence du repos, la tumeur disparaît et en même temps la douleur et les accidents d'occlusion.

A trois reprises différentes ces mêmes accidents se sont reproduits et toujours la tumeur disparaissait après un ou deux jours de repos.

Depuis 3 mois, après une nouvelle attaque, la tumeur est restée irréductible, sans phénomènes graves, provoquant seulement un peu

de gêne, de tiraillements plus ou moins douloureux, de coliques passagères.

Le 4 novembre éclatent les accidents d'occlusion : suppression complète des évacuations alvines et de l'émission des gaz, douleurs vives dans la tumeur ; au bout de 2 jours, vomissements bilieux, à des intervalles de plus en plus rapprochés.

Le 7. Admission à l'hôpital. On constate l'existence d'une hernie inguinale droite, petite, absolument indépendante de la tunique vaginale ; la tumeur est bien limitée au canal inguinal et à la partie supérieure des bourses ; elle ne dépasse que de 3 travers de doigt l'anneau inguinal superficiel. Elle est ovoïde, tendue. La consistance est assez résistante, mais par une pression douce et prolongée, on arrive à diminuer très notablement la tension et le volume. Cependant on ne peut aller plus loin et la tumeur est nettement irréductible.

Opération, le 7 novembre, à 3 heures. Incision de 8 centimètres remontant jusqu'au-dessus de l'anneau inguinal. Ouverture de la gaine du cordon. Dissociation de 2 lames cellulaires en partie confondues avec le sac. Ouverture du sac. Écoulement de 2 cuillerées de liquide jaunâtre un peu louche.

Face interne du sac, rouge, dépolie.

Le sac est incisé sur sa face antérieure jusqu'à l'anneau inguinal. Pas d'épiploon dans la hernie. Une anse intestinale très congestionnée, un peu dépolie à sa surface, mais pas tendue, plutôt flasque et aplatie. Elle est absolument immobilisée, on ne peut dégager la portion supérieure. Au niveau de l'anneau inguinal superficiel le sac présente un rétrécissement, très net mais peu serré ; un peu audessous de ce rétrécissement le sac est relié à l'intestin par 4 ou 5 adhérences assez longues et grêles, anciennes et en même temps par quelques fausses membranes molles et récentes. En ce point l'intestin et le sac sont dépolis, très congestionnés, avec de petits points ecchymotiques. Ces adhérences facilement détachées, le doigt pénètre dans le canal inguinal jusqu'à l'orifice profond ; là, rétrécissement annulaire très accentué, résistant ; il est impossible de faire mouvoir l'intestin dans cet étroit collet.

Incision de la paroi antérieure du canal pour pouvoir suivre le sac. Léger débridement en haut du collet d'étranglement. Traction de l'intestin au dehors. Au niveau de l'étranglement, tache noire, ecchymotique sur la partie interne du sillon ; mais pas d'ulcération. Nettoyage de l'intestin. Réduction facile. Protection du péritoine par une éponge montée placée dans la partie supérieure du sac. Dissection du sac avec l'ongle. Jusqu'à l'anneau inguinal superficiel, le sac épais, enflammé, est très friable et menace à chaque instant de se rompre ; dans le canal, il est plus mince mais plus résistant. Séparation assez facile des éléments du cordon, veines et canal déférent qui sont étalés en arrière et en dehors. Une bride cellulo-fibreuse, résistante, s'insérant sur la partie externe du sac ne peut être rompue et doit être coupée avec les ciseaux.

La dissection est poussée très haut, elle dépasse de 1 centim. 1/2 environ le rétrécissement supérieur, agent d'étranglement. Ligature double avec un gros catgut. Nœud de Taît. Résection du sac. Nettoyage de la plaie. Sutures au fil d'argent. Pas de drainage. Pansement à la gaze iodoformée. Forte compression.

Examen du sac. — Le sac a 10 centim. de longueur; il est divisé par 2 rétrécissements très nets, correspondant aux 2 orifices du canal inguinal. Le 1^{er} rétrécissement siège à 6 cent. $1/2$ du fond. Sa circonférence est de 35 millim.; sur le sac incisé et étalé, il se présente sous l'aspect d'une bride transversale, faisant une saillie de 2 à 3 millim., et en forme d'un mince prisme triangulaire appliqué par une face contre la paroi de la poche et saillant par conséquent dans la cavité par son arête opposée. Immédiatement au-dessous de cette bride, la face interne du sac est rouge, ecchymotique, dépolie et on y trouve les traces des adhérences signalées plus haut sous l'aspect de minces débris membraneux.

Le 2^e rétrécissement est à 18 millim. au-dessus du précédent. Il n'a que 14 millim. de circonférence. Il présente les mêmes caractères, plus accentués.

Or, la surface de ces deux rétrécissements ne présente aucun vestige de plissement du sac, aucune cicatrice; elle est absolument lisse et régulière. Ce sont bien les 2 diaphragmes supérieurs du conduit vagino-péritonéal.

On constate de plus que la section a été faite à plus d'un centimètre au-dessus du rétrécissement supérieur; il m'a donc été possible de pratiquer la cure radicale dans de bonnes conditions.

Cette pièce me semble offrir un certain intérêt à cause de la netteté de la disposition caractéristique des hernies congénitales; l'aspect de ces deux diaphragmes, réguliers, tranchants, est exactement celui qui a été bien décrit et figuré par Ramonède. De plus, au-dessus du diaphragme supérieur est dessiné une sorte de croissant occupant la moitié interne du sac et faisant une légère saillie à sa face interne.

Nous avons donc ici complètes la partie supérieure et la partie moyenne d'un conduit vagino-péritonéal qui n'est oblitéré que dans son trajet scrotal. Les deux diaphragmes supérieurs ont leur situation et leur aspect normaux. Le conduit est oblitéré au niveau ou au-dessus du 3^e rétrécissement.

La marche des accidents observés est importante à noter. Depuis près d'un an que le mal a débuté, à chaque issue de la hernie se sont manifestés des accidents plus ou moins sérieux.

La hernie était irréductible depuis trois mois et j'ai trouvé toute une portion du sac adhérente à l'intestin. De ces adhérences les unes étaient toutes récentes dues à la péritonite herniaire actuelle, les autres plus anciennes, encore assez faciles à détacher. Si des accidents aigus n'avaient pas conduit le malade à l'hôpital, si une intervention n'avait été entreprise que dans quelques mois ou quelques années, il

est certain que le chirurgien se serait trouvé en présence d'un de ces cas si complexes et si graves sur lesquels, a particulièrement insisté M. le professeur Trélat et dont la pathogénie a été bien établie par Boiffin dans sa thèse inaugurale.

Ce fait montre une fois de plus la gravité des hernies inguinales congénitales, et l'utilité d'une intervention précoce qui seule peut prévenir ou les brusques étranglements des premières périodes de leur évolution ou les inflammations et les formations d'adhérences, qui s'y développent si facilement à une époque plus reculée.

Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire, se présentant avec un ensemble de symptômes rapportés à une salpingite. — Laparotomie; opération incomplète. — Mort 17 heures après. — Autopsie : pyosalpingite, ovarite chronique et adhérences des annexes du côté opposé, par M. PINAUD.

Les pièces que nous avons l'honneur de présenter à la Société proviennent d'une femme de 38 ans, opérée le 21 octobre dernier, par M. le Dr Marchand, à l'hôpital St-Antoine.

Cette femme, envoyée d'un service voisin de médecine, avec le diagnostic de fibromes utérins, se présente à nous avec un ventre ballonné, excessivement douloureux, spontanément et à la pression, surtout dans la fosse iliaque gauche, une fièvre vive, vomissements, diarrhée, en un mot tous les symptômes d'une inflammation pelvienne évidente; de plus, il existe dans le bas-ventre, du côté gauche, une tumeur fluctuante, sur les caractères de laquelle nous reviendrons plus loin.

Antécédents. — La recherche des antécédents et la manière dont a évolué l'affection sont des plus intéressantes à noter en raison du diagnostic erroné qu'ils ont imposé.

Réglée à 17 ans, mariée à 19, notre malade, pendant ces deux années, ne présente rien de particulier au point de vue génital. Dans les premières années de son mariage, elle eut à supporter les mauvais traitements de son mari qui, à des reprises différentes, lui porta des coups violents sur l'abdomen. Cependant, jusqu'à l'âge de 27 ans, la menstruation fut toujours régulière en tous points, et la malade n'accuse pas avoir éprouvé la moindre douleur permanente dans le bas-ventre. A cette époque, c'est-à-dire huit ans après son mariage, débute l'histoire pathologique qui l'amène actuellement à l'hôpital.

Elle devient enceinte (c'est d'ailleurs la seule grossesse qu'elle ait eue), et au sixième mois de sa grossesse, elle avorte. Cet avortement se passa d'ailleurs, paraît-il, assez bien, puisqu'elle ne garda pas le lit; mais c'est à partir de ce moment que la malade commença à souffrir et à éprouver des troubles dans sa menstruation. Peu de temps après sa fausse couche, une douleur, d'abord peu intense et fugace, n'empêchant pas de travailler, puis de plus en plus vive et persistante,

apparut dans le côté gauche du ventre, s'irradiant dans les reins et dans la cuisse gauche. La souffrance, spontanée, mais provoquée surtout par la marche, les mouvements, était considérablement accrue au moment des règles, sans obliger, toutefois, à garder le repos. En même temps, la menstruation devient profuse; les époques, plus rapprochées et plus abondantes qu'autrefois, reparaissent tous les vingt-un jours.

Cet état persiste ainsi pendant plus d'un an. En 1881, c'est-à-dire 18 mois après sa fausse couche, elle est prise d'accidents fébriles et de métrorrhagie; elle entre alors à l'hôpital St-Antoine, dans le service de M. le Dr Hallopeau. Là, on aurait constaté, dans le côté gauche du ventre, la présence d'une tumeur, que l'interne du service aurait ponctionnée avec l'aspirateur Potain, et dans laquelle une injection a été faite. Les renseignements manquent sur la nature du liquide qui aurait été retiré. Toujours est-il qu'après cet incident la malade sort guérie (?), et pendant les deux ans qui suivirent elle put se considérer comme telle: elle avait repris sa profession de cuisinière. Mais les douleurs ne tardent pas à se réinstaller, et pendant ces cinq dernières années elles ne discontinuèrent pas.

Début des accidents actuels. — Vers la fin de juillet dernier, elle est prise tout d'un coup, à la suite d'une époque menstruelle, d'accidents fébriles. Le ventre tout entier est sensible et ballonné; diarrhée abondante; à plusieurs reprises, on constate la présence de pus dans les selles. Elle vomit tout ce qu'elle prend ou à peu près; de plus, quelques vomissements bilieux. L'appétit est à peu près nul; soif vive; agitation; subdélirium.

État actuel. — Le 8 octobre, c'est-à-dire deux mois après le début de cette attaque aiguë, elle entre dans le service de M. le Dr Marchand, salle Cruveilhier, n° 3. Elle présente le même état général fébrile; nausées, vomissements, diarrhée purulente. La température, au-dessus de 38° le soir, tombe à 37° le matin. Il n'y a pas d'amaigrissement notable: la malade est plutôt bouffie, le teint jaunâtre. Elle se plaint constamment, le visage exprime la plus vive souffrance.

A l'examen physique, quoique très ballonné, le ventre laisse manifestement percevoir, du côté gauche, une tumeur arrondie, résistante, mate à la percussion. Cette palpation est excessivement douloureuse. Par le toucher du cul-de-sac vaginal gauche combiné avec le palper hypogastrique, on constate que cette tumeur est fluctuante. Le cul-de-sac droit est libre. L'utérus n'est pas délimitable en haut; le col est normal, petit, très peu mobile.

La malade reste en observation pendant une quinzaine de jours; elle s'affaiblit, vomit constamment; la diarrhée est profuse; la courbe de température présente de grands crochets de suppuration. La malade réclame chaque jour, instantanément, une intervention; ses souffrances sont devenues excessives.

En présence de cet ensemble de symptômes, des antécédents, et de la marche de l'affection, il est très probable qu'on a affaire à une salpingite suppurée, et l'opération est décidée et pratiquée le 21 octobre.

Laparotomie. — L'incision de la paroi abdominale faite (paroi très épaisse, grasseuse), on tombe directement sur la tumeur. Adhé-

rences nombreuses, détachées difficilement et partiellement, avec la main. Ponction aspiratrice avec le gros trocart habituel, qui donne un écoulement difficile de liquide gris brunâtre, épais, mélangé de grumeaux, et horriblement fétide. Deux litres et demi sont aspirés. La poche vidée, on constate que la paroi est adhérente de toutes parts aux organes voisins, aux intestins, à la paroi du petit bassin. On essaie avec prudence de détruire les adhérences, mais celles-ci sont telles, si résistantes et si étendues, qu'il est absolument impossible de songer à l'extraction sans s'exposer à des dégâts sérieux. On doit se contenter d'ouvrir la poche, et de laver l'intérieur à l'eau bouillie. Pendant ce lavage abondant, s'échappent des pelotons de poils agglutinés par une matière de consistance de mastic. La toilette du péritoine faite, l'ouverture de la poche kystique est amenée au niveau de la plaie abdominale, à laquelle elle est suturée à l'aide de fils d'argent. Le reste de la section abdominale est réuni au fil d'argent et au crin de Florence. Tamponnement de la cavité kystique à la gaze iodoformée. Pansement habituel.

La durée de l'opération dépasse une heure. L'opérée, reportée dans son lit, resta toute la journée dans un état demi-comateux, n'accusant aucune douleur.

Elle succombe le lendemain matin à 8 heures.

AUTOPSIE. — Les points de suture enlevés, on constate que le péritoine est normal ; pas de trace d'inflammation.

La tumeur kystique est reliée aux organes du petit bassin, à l'intestin grêle, au rectum, et à la paroi pelvienne par des adhérences telles qu'il est impossible, malgré les tractions les plus énergiques, de la désinsérer avec les doigts, sans menace de rupture des organes. L'utérus et ses annexes en bloc ne peuvent être obtenus qu'en les disséquant au bistouri qui tranche des tissus durs, épais, fibreux. En arrière, du côté du rectum, la paroi postérieure du kyste est unie si étroitement à cet intestin, qu'il est impossible de les isoler l'un de l'autre sans enlever une partie de ce dernier.

La vessie, cachée derrière la symphyse pubienne, est petite, rétractée, vide d'urine. Les organes du petit bassin une fois extraits, on constate les lésions suivantes :

La poche kystique, située du côté gauche, en arrière du ligament large, s'est développée au niveau ou dans les environs de l'ovaire, dont on ne reconnaît plus les traces. Malgré le lavage abondant à l'eau bouillie, de l'intérieur de la poche, pendant le cours de l'opération, il est resté libre dans la cavité du kyste, un peloton, du volume d'une petite orange, constitué par de longs poils agglutinés par un magma gris brunâtre, de consistance de mastic.

La paroi interne présente, adossé au ligament large, un petit mamelon en forme de pyramide, qui contient deux dents bien développées.

Enfin nous trouvons, à la partie postérieure du kyste, un orifice qui faisait communiquer largement sa cavité avec le rectum (à différentes reprises, on avait trouvé du pus dans les selles de la malade).

L'utérus, assez volumineux, présente dans l'épaisseur de sa paroi postérieure un petit fibrome interstitiel gros comme une noisette ; c'est le seul qui existe. Il est incapable d'expliquer à lui seul les ménorrhagies abondantes que nous avons relevées dans les antécédents.

Rappelons que ces ménorrhagies étaient telles que le médecin qui nous adressa la malade, la considérait comme atteinte de corps fibreux. La muqueuse utérine est absolument saine.

L'état des annexes droites est intéressant à signaler. L'ovaire de ce côté, du volume d'une petite noix, présente les lésions de l'ovarite chronique. La trompe du même côté, augmentée de volume, est dilatée, tortueuse, et affecte la forme d'un entonnoir allongé dont la grosse extrémité répond à l'ovaire qui lui est adhérent. Cette trompe, complètement close, est remplie d'un liquide (environ 30 gr.), qui n'est autre chose que du pus, comme l'a montré une ponction avec l'aiguille de Pravaz.

REFLEXIONS. — En résumé, les troubles de la menstruation, les ménorrhagies, les douleurs sur la partie latérale gauche de l'utérus, ont apparus chez cette femme immédiatement après sa fausse couche. Auparavant, et bien qu'elle fût mariée déjà depuis 8 ans, elle n'avait jamais eu aucun trouble dans les fonctions génitales, aucun symptôme du bas-ventre. C'est donc quelques semaines après son avortement que débute, d'après les déclarations très affirmatives de la malade, l'histoire de son affection pelvienne. Pendant 11 ans, elle ne cessa de souffrir du côté gauche, et lorsqu'elle se présente à nous elle offre tous les symptômes d'une inflammation pelvienne ; nous trouvons de ce même côté gauche une tumeur fluctuante que les antécédents conduisent naturellement à considérer comme une salpingite suppurée et qui en offre tous les signes physiques.

Il est curieux de remarquer qu'en fait nous trouvons à l'autopsie une trompe dilatée et purulente, un ovaire enflammé chroniquement, mais ce sont les annexes de droite qui offrent toutes ces lésions qui ont passé inaperçues du vivant de la malade, effacées qu'elles étaient par l'énorme tumeur du côté gauche qui attirait toute l'attention. Notre malade d'ailleurs n'accusait aucune douleur précise du côté droit, et jamais à aucune époque n'en avait souffert. Ces dernières lésions ont évidemment pour point de départ l'avortement survenu onze ans auparavant, puisque jamais il n'y eut d'autre fausse couche ni accouchement.

Cette observation nous a semblé curieuse à rapporter, car elle montre deux affections, tumeur kystique suppurée et pyosalpingite, évoluant chacune de leur côté et entremêlant leurs symptômes de façon à donner complètement le change au point d'avoir fait méconnaître la nature de l'une d'elles.

Lymphatiques du péritoine utérin, par M. POIRIER.

Il y a environ deux ans, j'ai communiqué à la Société anatomique les résultats de mes recherches sur les lymphatiques de l'utérus. Depuis, j'ai poursuivi ces recherches et j'ai acquis quelques résultats qui s'ajoutent aux premiers.

Il m'est arrivé plusieurs fois, en piquant profondément dans la musculature de l'utérus, d'injecter, en même temps que les lymphatiques profonds de l'organe, les gros troncs lymphatiques superficiels ou sous-séreux dont la réunion forme les gros troncs lymphatiques efférents de l'utérus ; mais j'ai aussi injecté un réseau de lymphatiques superficiels qui m'ont paru situés immédiatement au-dessous de l'endothélium péritonéal. Ce réseau superficiel, qu'il convient peut-être de désigner sous le nom de lymphatiques du péritoine utérin, est extrêmement riche ; formé de petits vaisseaux anastomosés entre eux, il s'étend sur toute la partie de l'utérus, que recouvre le péritoine ; en dehors, il déborde d'un centimètre environ les côtés de l'utérus ; mais là, il cesse d'exister et ses rameaux gagnent la grande anastomose lymphatique qui court sur les côtés de l'utérus, parallèlement à l'artère utérine. Ce réseau est particulièrement développé sur les ailerons du ligament large. Sur la pièce que je vous présente, on peut voir que le péritoine qui tapisse ces ailerons disparaît pour ainsi dire sous le réseau lymphatique. Ça et là, on peut voir des troncles qui se détachent de ce réseau et gagnent les gros lymphatiques sous-séreux. Ce réseau est si superficiel que les vaisseaux font saillie sur le péritoine et en chagrinent la surface ; la couche qui les recouvre est si mince qu'à première vue on croirait que le mercure est sorti des vaisseaux et se répand librement à la surface de la séreuse.

Ce réseau superficiel n'a pas encore, à ma connaissance du moins, été signalé. Il n'a rien de commun avec les gros troncs lymphatiques sous-séreux que tous les anatomistes ont décrit, et auxquels quelques auteurs ont donné le nom de lymphatiques superficiels. Mierzejewski a signalé sur l'utérus de la vache des anses lymphatiques situées immédiatement au-dessous de l'endothélium péritonéal. Je ne doute pas que ces anses fassent partie du réseau que j'ai pu injecter dans sa totalité.

J'ai dit que ce réseau du péritoine utérin communique avec les lymphatiques de l'utérus, car il arrive souvent qu'en piquant les gros troncs lymphatiques de l'organe on injecte un petit territoire du réseau superficiel ; inversement, lorsque, par une piqure très superficielle on est parvenu à injecter le réseau que je signale on voit très bien le mercure gagner les lymphatiques profonds ou sous-séreux et les remplir.

Ce réseau superficiel se continue avec les admirables réseaux lymphatiques que l'on trouve dans les adhérences pathologiques qui vont si souvent de l'utérus à un organe voisin.

M. POTHERAT. L'existence de ce réseau nous expliquerait peut-être comment dans certaines circonstances, comme l'a

montré Valton (de Bruxelles), le curage de l'utérus peut arrêter les accidents de péritonite aiguë ou subaiguë. Nous avons dans le service de M. Trélat pratiqué le curage chez deux malades atteintes de pelvi-péritonite confirmée, et nous avons obtenu deux succès.

M. BROCA. Les effets favorables du curage sur les accidents de pelvi-péritonite sont incontestables. Mais ils ne s'expliquent pas mieux par la théorie lymphatique que par la théorie tubaire.

M. CORNIL, qui a vu sur une malade une amélioration considérable d'une pelvi-péritonite par le curage utérin, pense que ce curage agit surtout en supprimant le foyer d'infection originel.

M. Cornil ajoute qu'il ne veut pas contester les résultats obtenus par M. Poirier au moyen des injections mercurielles. Il fait remarquer pourtant que sur les pièces en putréfaction les voies lymphatiques se rompent facilement dans les espaces conjonctifs. Avant d'admettre comme certains ces résultats, le contrôle de l'histologie semble utile.

M. POIRIER. Je puis affirmer que les réseaux superficiels ne sont point des infiltrations de mercure dans le tissu cellulaire ; rien n'est plus facile, pour qui a l'habitude des injections lymphatiques, que de distinguer d'une infiltration l'inspection d'un réseau très riche ; et puis, ce seul fait que le mercure après avoir injecté le réseau lymphatique gagne de gros vaisseaux de même matière suffit à lever le doute ; j'ajoute encore qu'en regardant ces injections à un grossissement de 5 diamètres on distingue facilement la forme des vaisseaux, avec leurs renflements et leurs valvules.

Je pense que ces réseaux du péritoine en communication avec les lymphatiques profonds de l'organe, doivent entrer en ligne de compte dans la pathogénie des accidents péritonéaux qui compliquent presque toujours, à un degré variable les inflammations septiques de l'utérus : et je suis grand partisan de l'intervention par curage ou grattage ou injections utérines antiseptiques, persuadé qu'elle peut arrêter l'inflammation péritonéale, comme un pansement antiseptique sur une plaie infectieuse du pied met souvent fin à l'œdème angioleucitique de la jambe et au bubon inguinal.

Hémiplégie gauche avec aphasie ; insuffisance de la valvule mitrale avec rétrécissement de l'orifice ; sarcome lipomateux de l'ovaire droit, par M. E. TISON.

B... Rose-Suzanne, âgée de 67 ans, ménagère, est amenée le 4 mai 1889, à l'hôpital Saint-Joseph, salle Sainte-Mathilde, lit n° 4. Il est impossible d'avoir le moindre renseignement sur ses antécédents car elle ne parle pas. C'est longtemps après qu'on a pu savoir qu'elle avait fait un séjour d'environ un mois à l'hôpital Lariboisière pour une tumeur abdominale qu'on aurait ponctionnée sans résultat. Elle avait quitté l'hôpital pour éviter l'opération qu'on lui proposait.

Trois semaines après, elle fut jetée à la renverse par l'individu avec lequel elle vivait depuis longtemps et quand on la releva, on s'aperçut qu'elle avait perdu l'usage de la parole et qu'elle était paralysée de tout le côté gauche. Il a été possible d'établir nettement que cette malade était à la fois droitière et gauchère, c'est-à-dire qu'elle se servait indifféremment et facilement des deux mains ; ce fait a une grande importance en présence d'une hémiplégie gauche compliquée d'aphasie.

A l'examen, on constate donc une hémiplégie complète de tout le côté gauche, y compris la face. Cette paralysie est flasque et sans contracture. Il n'y a pas de trouble de la sensibilité. Les doigts de la main gauche sont fléchis et les parties paralysées présentent un peu d'œdème et la peau qui les recouvre a une teinte rouge violacé qui indique une vitalité affaiblie. Les réflexes rotuliens sont abolis et il n'y a pas d'épilepsie spinale. Il existe une eschare au sacrum. La malade est complètement aphasique. Elle ne répond à toutes les questions que par le monosyllabe « gar, gar ». Elle a toutefois l'intelligence conservée, car elle comprend assez ce qu'on lui dit pour y répondre suivant le cas par un signe de tête affirmatif ou négatif. Elle ne sait ni lire ni écrire. Il s'agit donc dans ce cas d'aphasie motrice ou de transmission, puisque la malade comprend bien la question posée, mais qu'elle ne peut y répondre, ni la répéter. L'appétit est conservé, mais il faut faire manger la malade à cause de l'impossibilité où elle se trouve de pouvoir s'aider. Les artères radiales sont dures et athéromateuses. Il y a du râle trachéal qui empêche de bien entendre la respiration, à cause de sa propagation dans toute la poitrine. Toutefois on perçoit très nettement un souffle râpeux au premier temps à la pointe du cœur.

Aussitôt qu'on approche de son lit, la malade lève le bras droit, le rejette en dehors puis soulève sa chemise en montrant son ventre, comme pour faire voir sa tumeur. A l'examen de l'abdomen, on constate, en effet, une tumeur assez grosse, dépassant l'ombilic et présentant tous les caractères d'un kyste de l'ovaire. Cette tumeur occupe la plus grande partie de l'abdomen et elle est plus développée à droite qu'à gauche. Vu l'état général de la malade, à la fois hémiplégique et cardiaque, on rejette toute idée d'opération et on ne pousse pas plus loin l'examen de cette tumeur qu'on regarde comme un kyste de l'ovaire droit. On ignorait alors que la tumeur avait été ponctionnée sans succès à l'hôpital Lariboisière.

Le séjour de l'hôpital devient favorable à la malade qui se met à manger avec plus d'appétit. On veille surtout à ce quelle aille régulièrement à la garde-robe.

L'eschare sacrée diminue et finit par guérir, si bien que vers le 12 juin, on observe une amélioration notable. La malade se rend mieux compte de ce qui se passe autour d'elle, et elle n'a plus l'incontinence d'urine et des matières fécales qu'elle avait au moment de son admission. Mais la paralysie et l'aphasie restent dans le même état. De ce côté, l'amélioration reste nulle. Cependant, une fois ou deux, elle a pu me dire au moment de la visite « bonjour Monsieur » ; la sœur est parvenue à lui faire réciter quelques phrases de « Notre Père ».

Cette amélioration peu importante se maintient pendant les mois de juin, juillet, août et septembre, sauf que, par moment, la malade faisait entendre des plaintes et des gémissements comme si elle souffrait beaucoup. Elle se sert facilement de la main droite pour s'asseoir, tenir sa cuiller ou sa fourchette et manger.

Le 7 octobre, à la visite du matin, on constate que la malade est anhéante. Elle se plaint davantage, ses crachats sont visqueux, épais, purulents. L'examen de la poitrine révèle un peu d'élasticité aux deux sommets en avant. En arrière, il y a malité absolue dans les deux tiers inférieurs du poumon droit et dans le tiers inférieur du poumon gauche. En ces deux points, le murmure vésiculaire est absent tandis qu'au-dessus on entend du souffle entremêlé de râles sonores et humides. On prescrit une potion stibiée et des ventouses sèches que l'état de maigreur empêche d'appliquer.

Le 10. La respiration s'entend mieux quoique la dyspnée n'ait pas diminué. Le poulx est irrégulier et rapide et les crachats forment une vraie purée. Les jours suivants, la respiration est moins pénible, mais on constate du muguet sur toute la muqueuse buccale. Il semble même que la dyspnée diminue au fur et à mesure que la malade s'affaisse insensiblement. Depuis plusieurs jours déjà, on avait constaté sur les malléoles un œdème qui peu à peu avait envahi les pieds, les jambes, les cuisses et même la paroi abdominale. La mort arrive le 24 octobre à 9 heures du matin. La tumeur abdominale avait à peine augmenté d'un tiers pendant 173 jours passés à l'hôpital.

L'AUTOPSIE a été pratiquée 24 heures après la mort. Le cadavre est infiltré et, en dehors de l'œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale, on trouve de la sérosité épanchée dans le péritoine, les plèvres, l'abdomen et les méninges.

Les poumons sont plus ou moins ratatinés par l'hydropisie pleurale qui se trouve dans la cage thoracique. Le poumon droit présente quelques adhérences. Ces organes ne contiennent ni tubercules ni lésions cancéreuses.

Le cœur a les parois du ventricule gauche hypertrophiées. Vidé de tous les caillots qu'il contient, il pèse 380 gr. L'aorte est athéromateuse, enfin la valvule mitrale est à la fois rétrécie et épaissie. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche laisse à peine pénétrer l'extrémité du petit doigt introduit du côté de l'oreillette.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule trois ou quatre litres de liquide ascitique et citrin. Il faut refouler vers le haut les intestins qui recouvrent et cachent la tumeur pour bien la voir en place. Cette

tumeur occupe une grande partie de l'abdomen, de l'ovaire droit à la vésicule biliaire, avec extension moins prononcée à gauche qu'à droite. Elle est comme divisée en deux lobes inégaux par la dernière portion de l'intestin grêle qui passe au devant d'elle en lui adhérent fortement au fond d'un sillon, avant de se jeter dans le cæcum. Ces adhérences sont tellement fortes qu'il est impossible d'en avoir raison avec les doigts et qu'il est nécessaire de les trancher avec le couteau. Ce sillon forme la séparation entre les deux lobes dont le supérieur est plus petit.

Le cæcum avec l'appendice vermiforme ainsi que le côlon ascendant adhèrent de la même façon à la tumeur. Outre son attache à l'ovaire droit, celle-ci adhère encore au voisinage de la vésicule biliaire par des attaches munies de vaisseaux assez gros. La partie postérieure adhère également à l'enveloppe du muscle psoas-iliaque. Sa forme est irrégulière et bosselée. Au palper, on la trouve composée de parties diverses dont la consistance est inégale. Elle a l'apparence d'un kyste multiloculaire ou multilobé. Certaines de ces bosselures sont tellement molles qu'elles paraissent fluctuantes et on est étonné en les coupant de voir qu'elles sont composées d'un tissu grisâtre, mou, colloïde ou gélatineux. Les parties plus consistantes présentent à la coupe un peu de suc quand on racle la surface avec un scalpel. En somme, malgré sa mollesse en de nombreux points et malgré son apparence fluctuante, cette tumeur est entièrement solide. Son aspect général est celui d'un sarcome dégénéré et devenu lipomateux. Un gros lobe situé à la partie supérieure de la tumeur est formé d'un tissu ayant un aspect analogue à celui du pancréas.

D'après M. Chaput, qui a bien voulu en faire l'examen histologique, cette tumeur se composait d'un tissu très riche en cellules graisseuses séparées par des cellules conjonctives jeunes comme dans le lipome enflammé. Dans certains points, on rencontrait des travées très riches en tissu conjonctif fasciculé et en fibres élastiques avec de nombreuses cellules embryonnaires se colorant mal et absence presque complète de cellules adipeuses. Histologiquement il s'agit de lipome enflammé, mais d'après la clinique on doit admettre qu'il s'agit d'un sarcome en dégénérescence lipomateuse.

En dehors de la continuité de l'ovaire droit avec la tumeur, l'utérus ne présente rien d'anormal.

L'estomac n'a pas été examiné.

Le foie est petit, un peu ratatiné. Il pèse seulement 1100 grammes. A la coupe, il présente l'aspect du foie muscade. On n'y voit rien qui rappelle la cirrhose, soit à l'œil nu, soit à la coupe.

La rate est très petite, elle ne pèse que 43 grammes.

Les reins sont également petits et légèrement ratatinés. En plusieurs endroits, la capsule adhère à la surface du parenchyme. Ils ont le même poids qui est de 105 grammes pour chacun d'eux.

Il était plus particulièrement intéressant de voir quelles étaient les lésions du cerveau chez cette femme atteinte d'aphasie complète avec hémiplegie gauche. Dans ce but le cerveau avait été apporté entier à la Société anatomique pour l'examen en être fait en présence de tous les membres. Disons seulement qu'à l'ouverture du crâne, on voit les méninges fortement œdématisées. Il s'écoule aussi une certaine quantité de sérosité. A l'examen devant la Société on constate que

l'artère sylvienne droite est athéromateuse ainsi que ses bronches. Les deux circonvolutions cérébrales qui bordent le sillon de Rolando de ce même côté droit présentent un ramollissement bien manifeste sur une longueur de quatre à cinq centimètres. Ce ramollissement siège surtout à la surface, où il est très visible, sans qu'on soit obligé d'entamer les circonvolutions.

Du côté gauche, on ne trouve aucune altération. La troisième circonvolution frontale, dite circonvolution de Broca, est intacte. On ne peut constater la moindre altération.

RÉFLEXIONS. — Ce fait est intéressant, car à cause de l'habileté et de la facilité du sujet à se servir également de la main droite et la main gauche, on ne peut dire qu'il constitue une exception vraie à la loi posée par Broca, loi d'après laquelle l'aphasie reconnaîtrait pour cause une lésion du pied de la troisième circonvolution frontale gauche. Pour ce motif, il méritait d'être signalé car il pourrait au besoin rendre compte des rares exceptions qu'on a trouvées à cette loi. C'est en quelque sorte un cas intermédiaire, un passage.

Une autre remarque s'impose également au sujet de la nature de la tumeur abdominale, tumeur sarcomateuse devenue lipomateuse et qui par son siège unilatéral, son volume et sa consistance ressemblait tellement à un kyste de l'ovaire qu'elle a donné lieu à une erreur de diagnostic qui eût pu être fort grave pour un chirurgien, si dans des conditions tout autres il avait été tenté de procéder à l'extirpation. Les adhérences si nombreuses et si fortes que nous avons signalées auraient rendu l'opération impossible. Heureusement, ces sortes de tumeurs sont assez rares.

Quant à la pathogénie de la maladie il manque la cause de l'affection cardiaque. Les conditions particulières dans lesquelles vivait la malade n'ont pas permis d'avoir de renseignements à cet égard. La violence exercée et la chute qui s'en est suivie ont déterminé chez cette femme artériosclérosée l'embolie cérébrale qui a provoqué le ramollissement dans les dépendances de l'artère sylvienne droite et déterminé simultanément l'hémiplégie droite et l'aphasie.

Section du tendon extenseur du médius. — Sutures au catgut. — Mouvements normaux. — Réunion absolue,
par J. REBOUL, interne des hôpitaux.

P... Hippolyte, âgé de 35 ans, entre le 9 octobre 1888 à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Périer, salle Ambroise-Paré, 23. Le 17 octobre, le malade se fait par accident, avec un éclat de verre,

une plaie de la face dorsale de la main gauche, à la partie moyenne du troisième métacarpien. On lui conseille de mettre des cataplasmes sur la plaie, mais voyant qu'il ne peut étendre le médius gauche P... se présente à l'hôpital Lariboisière où il entre le 19 octobre. A son entrée, la plaie de la face dorsale de la main gauche est infiltrée, contuse, en mauvais état ; à l'examen, on constate que le tendon extenseur du médius est complètement divisé, le mouvement d'extension de ce doigt est impossible. Après lavage soigné de la plaie à la solution de sublimé au 1/1000 et avivement des deux extrémités du tendon sectionné, M. Périer réunit les deux bouts avec deux points de suture de catgut. Sutures superficielles au crin de Florence, pansement ausalol : poudre, gaze, ouate, maintenu par du collodion. Immobilisation de la main et des doigts en extension légère par un appareil plâtré.

31 octobre. Pansement. Réunion absolue. On enlève les points de suture.

10 novembre. Exeat. Le mouvement d'extension du médius est normal. La peau n'adhère pas au tendon.

Le 10 octobre 1889, P... Hippolyte, qui était entré à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr Fernet, meurt de tuberculose pulmonaire. Grâce à l'obligeance de notre ami, M. David, externe du service, nous avons pu nous procurer le tendon extenseur du médius suturé un an auparavant. D'après les renseignements qui nous ont été fournis, le malade avait conservé intacts les mouvements de flexion et d'extension du médius ; la peau de la face dorsale de la main gauche présentait une cicatrice linéaire, non adhérente au tendon suturé.

L'examen de la pièce nous a permis de constater les détails suivants :

La peau, fine et souple, présente une cicatrice linéaire, le tissu cellulaire sous-jacent est lâche ; le tendon extenseur du médius est légèrement renflé au niveau de la section et de la suture ; ce renflement est un peu plus foncé que le reste du tendon. En incisant la gaine longitudinalement, on la trouve un peu adhérente au niveau de la région sectionnée.

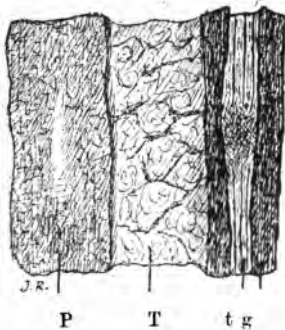
Le tendon et sa gaine sont libres d'adhérences profondément. Sur des coupes longitudinales comprenant la région suturée et les deux bouts du tendon et examinées au microscope, on constate que les faisceaux tendineux, d'abord réguliers dans les deux bouts, s'effilent, s'enchevêtrent les uns dans les autres et se condensent dans la région suturée, qui se colore plus fortement par le picro-carmin. Dans cette dernière région, on voit entre les faisceaux tendineux coniques et enchevêtrés des trainées de cellules conjonctives, qui vont en diminuant et disparaissent à mesure que l'on s'éloigne du point sectionné ; cette disposition est moins nette dans la partie superficielle du tendon, où les faisceaux tendineux semblent se continuer directement, et ne sont pas séparés par des trainées de cellules conjonctives.

La suture de ce tendon sectionné a donc amené une réunion complète ; macroscopiquement ce n'est que par un léger renflement et une différence de coloration que l'on pouvait reconnaître le point primitivement suturé, et au microscope, dans cette même région, la partie superficielle du tendon était à peu près normale et ce n'est que dans la partie profonde, que la trace de la section se révélait par

une disposition anormale des faisceaux tendineux et une prolifération conjonctive les séparant.

Le tendon était légèrement adhérent à la gaine au niveau du point où avait porté la section ; nul doute que dans la suite le tendon serait devenu complètement libre.

Le tendon et sa gaine n'adhéraient ni aux parties profondes, ni à la peau ; le mouvement d'extension du médius était donc rétabli par



Tendon extenseur du médius sectionné et suturé.

P. Peau. — T. Tissu sous-cutané.
t. Tendon. — g. Gaine.



Coupe longitudinale du tendon du médius sectionné et suturé.

la réunion même des deux bouts du tendon et non par l'intermédiaire d'adhérences du tendon avec la peau ainsi que cela se voit assez souvent, comme MM. Schwartz et Tillaux l'ont fait remarquer dans la séance du 16 octobre dernier de la Société de chirurgie.

Enfin les deux points de suture au catgut avaient complètement disparu ; nous n'en avons trouvé traces sur les diverses préparations que nous avons examinées de la section longitudinale de ce tendon.

Séance du 15 octobre 1889.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL

Pleurésie tuberculeuse chronique avec intégrité du poumon, par M. A. PILLIET.

Le nommé Marc Roché, âgé de 75 ans, entre le 4 mai 1889 à l'infirmerie de l'hospice des Incurables d'Ivry, dirigé par M. le Dr Albert Gombault.

Ce malade est souffrant depuis un mois, il se plaint de ne pas avoir

d'appétit et d'être constamment oppressé : c'est un homme grand, assez robustement constitué, mais amaigri, à figure pâle et à traits un peu tirés. On trouve dans le poumon droit, en arrière, un foyer mat occupant la base, avec diminution du murmure respiratoire. Quelques râles sous-crépitaux à gauche. Les bruits du cœur sont nets, sans souffle. T. 38°,8. P. 104.

La fièvre s'élève à 39° le soir les jours suivants, puis elle s'abaisse graduellement, mais l'oppression augmente, et le 16, on pratique une ponction qui retire un litre environ d'un liquide séreux, verdâtre. La fièvre continue néanmoins : avec des oscillations à écarts assez grands ; il existe une notable diminution de la respiration sous la clavicule droite, les crachats examinés ne contiennent pas de bacilles. Le 25 juin, le malade se sentant un peu mieux demande à sortir de l'infirmerie ; mais il conserve toujours de la fièvre le soir. Il rentre le 19 juillet, toujours se plaignant d'oppression et de manque d'appétit. La base du poumon droit est toujours dure au doigt qui percute ; vers la pointe de l'omoplate, on trouve une zone circonscrite de son franchement tympanique, au voisinage de la colonne vertébrale. La matité reprend à la base du poumon. La respiration s'entend presque partout, elle est légèrement soufflante le long de la colonne vertébrale, surtout quand on fait tousser le malade. Le malade n'a pas perdu de poids, mais il est plus affaibli. La fièvre, toujours à accès rémittents vespéraux, atteint parfois 39°,6, et ne redescend jamais à 37°. La ponction exploratrice faite à la base droite avec une seringue de Pravaz ne donne aucun résultat. La respiration est toujours diminuée au sommet droit, tandis que les vibrations sont augmentées.

Au mois d'août, l'état est à peu près le même, la respiration est diminuée en arrière et à droite dans toute l'étendue du poumon, et progressivement du haut en bas. On constate quelques râles superficiels à la base, qui est devenue mate tout entière ; on n'entend donc plus à la percussion le son tympanique que nous avons mentionné. Le 22 septembre, la base droite est toujours dure au doigt, assez mate ; il n'y a pas d'œdème de la paroi, pas de frissons. A la base gauche, on perçoit un souffle lointain, il existe aux deux sommets de la respiration supplémentaire avec râles disséminés.

Du mois d'août au mois de novembre, pendant plus de trois mois, la marche de la température s'est montrée des plus curieuses par la constance et la régularité de l'accès rémittent du soir. Le tracé est uniforme, chaque matin le malade avait 37°,6, chaque soir 38°,6 ou 38°,8. L'antipyrine administrée à plusieurs reprises faisait baisser la fièvre à un demi-degré, brusquement ; le sulfate de quinine produisait un abaissement lent, moins prononcé.

Au début du mois de novembre, il se déclara une fistule anale donnant du pus, pour laquelle on fit passer le malade en chirurgie. Là, la température s'éleva ; l'état de débilitation du malade fit repousser toute idée d'intervention chirurgicale et la mort survint le 7 novembre.

A l'AUTOPSIE, on constate d'abord que le corps, quoique fort amaigri, n'a pas l'aspect d'un phthisique en étisie. On trouve un kyste à parois épaisses, blanches et nacrées, situé à la partie latérale du poumon gauche et contenant un liquide visqueux, d'un jaune clair.

Ce kyste ouvert mesure a peu près 20 cent. de diamètre en hauteur et en largeur. Sa surface interne est lisse, polie, d'un blanc mat. A sa partie inférieure seulement elle est soulevée par quelques granulations blanc jaunâtre, qui paraissent répondre à des amas caséeux. Sur une coupe pratiquée à ce niveau on voit que la coque pleurale envoie des travées épaisses dans le poumon. Elle présente dans son épaisseur un certain nombre de points jaunâtres, opaques, du volume d'une tête d'épingle. Les plus grands sont remplis d'un pus crémeux, qui laisse voir quand on l'enlève une cavité assez semblable à la lumière d'un vaisseau. Il existe quelques granulations pareilles dans le poumon au voisinage immédiat des travées dont nous avons parlé, mais on n'en trouve nulle part ailleurs.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de tubercules ramollis, avec quelques cellules géantes peu abondantes, disposés au milieu du tissu fibreux de nouvelle formation de la coque pleurale.

En dehors du kyste, le poumon était partout fixé par des adhérences fibreuses étendues ; il en était de même du poumon gauche. A la coupe, les deux poumons étaient congestionnés, ils présentaient tous deux de l'œdème du sommet, *mais on n'a pu découvrir nulle part de tubercules.*

Le reste de l'autopsie a montré l'existence d'un ganglion avec centre caséeux dans le chapelet carotidien, au niveau du corps thyroïde. Le cœur était gros, avec une surcharge graisseuse moyenne, avec épaississement et dilatation du ventricule gauche. L'estomac, ramolli au niveau de la grande courbure, ne présentait qu'une exagération légère de l'état mamelonné de la région pylorique. Le foie assez volumineux était pâle, rosé, assez gras. Les reins présentaient la même couleur ; avec la diminution de hauteur de la couche corticale et l'adipose centrale des reins séniles. Enfin, il existait une fistule anale de 6 cent. de long aboutissant à un foyer de suppuration diffuse qui formait une quantité de petits abcès dont le plus grand avait le volume d'une noisette, entre la prostate, respectée, et la paroi rectale. Tout le tissu cellulaire était considérablement épaissi. La poche des abcès était tapissée d'une membrane blanchâtre, rugueuse, irrégulière ; ils présentaient les caractères des abcès tuberculeux.

EN RÉSUMÉ : il s'agit d'une pleurésie tuberculeuse chronique, d'une lymphangite pleurale sans doute, ayant évolué sans retentir sur le parenchyme pulmonaire. La pleurite tuberculeuse isolée est le plus souvent aiguë ; c'est le caractère de chronicité de celle-ci qui a décidé notre maître M. A. Gombault à nous la faire présenter à la Société.

Désarticulation sous-astragaliennne pour mal perforant.
par A. CHIPAULT, aide d'anatomie.

Il y a un an et demi, notre maître, M. Théophile Anger a bien voulu nous laisser opérer un malade que nous avons récemment revu, et dont voici l'histoire.

L, 54 ans; en 1868, écrasement par un moellon des orteils du pied droit; en 1880, pour des troubles consécutifs à cet écrasement, amputation de Lisfranc par M. Pozzi, à l'hôpital Cochin.

En 1870, gelure du gros orteil gauche. Troubles trophiques à la suite de cette gelure, qui aboutirent en 1885 à un mal perforant sous-métatarso-phalangien de l'orteil gelé.

Le 1^{er} avril 1888, entrée à l'hôpital Cochin. Mal perforant au siège indiqué; l'articulation correspondante est ouverte dans l'ulcération. Zone d'anesthésie et d'algésie limitée au gros orteil antérieurement gelé.

Pas de maladie médullaire ni de diabète. Peu d'alcoolisme.

Le 27 mai. Sous-astragaliennne, par le procédé de M. Farabeuf. Je fus obligé à cause des lésions trophiques cutanées de ne pas étendre le lambeau plantaire en avant et en dehors, autant qu'il aurait été nécessaire, et dès lors, de rattraper sur le lambeau externe sa surface recouvrante perdue.

Réunion par première intention sauf à l'extrémité postérieure de l'incision où subsista pendant 2 mois un trajet fistuleux, suppurant peu. Un mois après l'opération, je dus ouvrir, dans le lambeau interne, deux petits abcès sous-cutanés.



C. BALZANI

Face interne du pied gauche.

J'ai revu le malade le 9 octobre 1889. Il marche sur le genou à l'aide d'un pilon, et a un peu de contracture des fléchisseurs de la jambe. Il fut forcé de recourir à ce pilon à cause de petites ulcérations qui se faisaient perpétuellement sur la cicatrice. Il n'y en a plus actuellement, et l'état du moignon est le suivant. Le talon n'est pas relevé; la surface d'appui est large, bien matelassée, traversée à

sa partie externe par la cicatrice linéaire. Aucun trouble trophique ; aucun trouble de la sensibilité. Pas de douleur, spontanément ou à la pression.

Depuis le 9 octobre, le malade marche sur son moignon ; la cicatrice ne s'ulcère plus, n'est pas douloureuse ; la légère contracture des fléchisseurs a disparu.

Ce fait montre : 1° le retard très net à la facilité de la marche apporté par la présence de la cicatrice sur la surface d'appui.

2° La guérison sans récurrence de troubles trophiques, possible quand on dépasse les limites de la névrite.

Ongle incarné. — Arthrite phalango-phalangienne.
— **Transformation en mal perforant**, par A. CHIPAULT, aide d'anatomie.

J'ai observé, l'an dernier, dans le service de M. Théophile Anger, quinze cas d'ongle incarné.

3 *femmes*. — D. Eugénie, 22 ans ; D. Delphine, 34 ans ; R. Jeanne, 15 ans.

10 *hommes*. — M. Auguste, 29 ans ; H. Édouard, 15 ans 1/2 ; L. Edmond, 39 ans ; B., 30 ans ; A., 17 ans ; J., 20 ans ; G., 16 ans ; F., 21 ans ; G., 16 ans 1/2 ; C., 28 ans ; V., 27 ans ; T., 35 ans.

J'ai relevé dans l'histoire de ces quinze ongles incarnés quelques faits qui m'ont paru intéressants.

1° *Varices*. — Obs. 2 et 4.

2° *Troubles trophiques cutanés* (dermite, durillons, dystrophies unguéales). Obs. 5, 8, 14.

3° *Anesthésie* limitée au trajet du collatéral dorsal de l'orteil atteint du côté de l'ongle incarné. Obs. 5, 6, 8, 10. Pas d'analgésie.

M. Mayet avait déjà remarqué l'anesthésie dans l'ongle incarné : « J'ai constaté, dit-il, qu'un certain nombre d'ongles incarnés sont précédés et accompagnés, quoique très douloureux, de la perte de la sensibilité tactile de la pulpe du gros orteil et du derme périunguéal (1).

4° *Arthrite phalango-phalangienne*. — J'ai retrouvé cette arthrite, plus ou moins intense, dans mes quinze cas. On la constate facilement en prenant entre le pouce et l'index la première phalange de l'orteil et en la faisant frotter transversalement sur la seconde. Cette arthrite, sauf dans

(1) Mayet. Des troubles de nutrition liés aux lésions périphériques du système nerveux. *Lyon médical*, 21 juin 1885, t. XLIX, p. 264.

deux cas, était symétrique, quoique moins intense du côté opposé à la lésion unguéale.

J'ai voulu savoir si ces craquements articulaires n'étaient pas un phénomène sinon constant du moins très fréquent même chez les sujets sains ; j'ai examiné à ce point de vue, à deux reprises, tous les malades de ma salle et je suis arrivé aux résultats suivants :

1° Cette arthrite, en dehors de l'ongle incarné, existe sur un certain nombre de pieds trophiques (par l'âge, les lésions nerveuses d'origine périphérique ou centrale).

2° Elle n'existe pas chez les sujets jeunes (de 15 à 30 ans) en dehors de l'ongle incarné.

Doit-on conclure des faits précédents (troubles trophiques cutanés, anesthésie limitée, arthrite) que l'ongle incarné est un trouble trophique ?

Evidemment non, les conditions dans lesquelles il se montre sont absolument contraires à la généralisation de cette hypothèse.

Il n'en est pas moins vrai qu'elle doit être parfois exacte. Nous n'en voulons pour preuve que le cas suivant observé dans le service de M. Segond, alors qu'il remplaçait notre maître, M. le professeur Trélat. Il s'agit d'un *ongle incarné transformé en mal perforant*.

R. Maurice, 33 ans, employé de commerce. Il y a 8 ans, début d'un ongle incarné au côté externe du gros orteil gauche. Depuis quinze jours, sans cause connue, ce point incarné que comprimait l'ongle s'ulcéra largement, sans douleur.

Le malade coupa son ongle.



FIG. 1.

Aujourd'hui (8 octobre). Le bord externe du lit de l'ongle est occupé par une ulcération demi-circulaire, à fond uni, rosé, entourée d'un bourrelet épidermique, notablement anesthésié. Le reste du lit est recouvert par l'ongle très épaissi, strié transversalement, et dont la

pousse paraît se faire du côté externe. Dans l'articulation phalango-phalangienne on sent des craquements dont la recherche détermine des douleurs assez vives et fait constater la mobilité excessive de l'articulation.

Durillon à la face plantaire de cette articulation et à la face dorsale du petit orteil du même côté.

Au pied droit, durillons de même siège; ongle incarné externe du gros orteil, arthrite moindre que du côté opposé, mais très nette.

Puisque je fais une communication sur l'ongle incarné, je dirai que toutes mes opérations ont été faites d'après le procédé de mon maître Th. Anger. La description serait difficile à bien exposer si M. Anger n'avait eu l'obligeance de me communiquer des dessins qui y suppléeront. Ce procédé est un dérivé de celui de Baudens, qui rasait jusqu'à l'os, d'un coup de bistouri toutes les parties molles et le rectangle in-

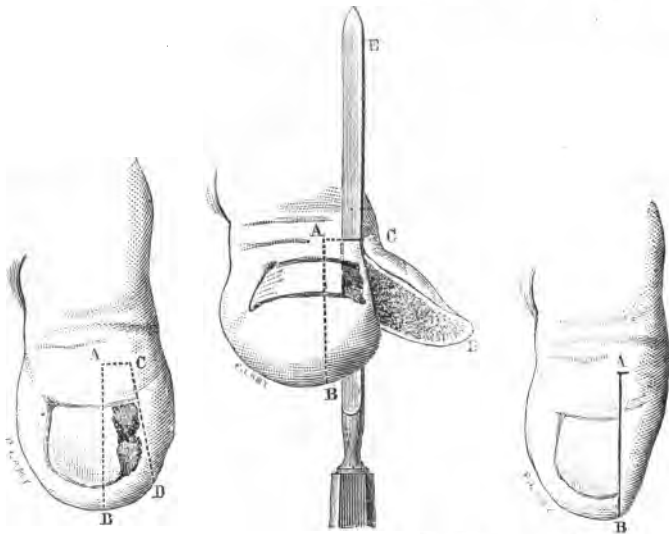


FIG. 2. — A, B, C, D: quadrilatère qui sera sacrifié.

FIG. 3. — Après transfixion du lambeau C, D, le couteau chemine de C en A, puis après avoir tourné à angle droit de A en B en rasant la face de la phalange.

FIG. 4. — Ligne d'affrontement en AB.

carné de l'ongle. M. Th. Anger conserve dans la partie saine des tissus latéraux un lambeau triangulaire à pointe anté-

rieure qui s'applique sur la face latérale de la phalange. La fig. 2 fait voir les parties qui seront définitivement sacrifiées. La fig. 3 montre le temps de transfixion. La fig. 4 représente le résultat obtenu. Ce procédé est certainement un des meilleurs, sinon le meilleur.

M. CHAPUT. — En considérant l'âge des malades dont parle M. Chipault, on s'aperçoit que tous ont dépassé 25 ans; c'est là un fait exceptionnel, car l'ongle incarné est en général une affection de l'adolescence. Quant aux anesthésies et aux arthropathies, je crois qu'il ne faut pas leur attribuer une très grande valeur. Ce sont des phénomènes qu'on observe fréquemment chez les individus avancés en âge et ayant les doigts calleux.

M. CHIPAULT. — J'ai examiné à plusieurs reprises au point de vue de l'arthrite des orteils tous les malades du service de M. Th. Anger, et mes examens ont été négatifs.

M. TRIÉRY. — J'ai vu dans le service de M. Verneuil un homme atteint de ces troubles trophiques mal déterminés, avec dermite hypertrophique, qu'on appelle éléphantiasis nostras. Cet homme a au gros orteil un ongle incarné, mais il est à noter que cet ongle incarné est interne et non pas externe comme l'ongle incarné ordinaire.

M. BROCA. Je ferai d'abord observer à M. Chaput que les âges indiqués par M. Chipault sont ceux où les malades ont été opérés; les renseignements font défaut sur l'époque où le mal avait débuté. Jusqu'à plus ample informé, on ne peut donc conclure qu'on n'est pas en présence de l'ongle incarné ordinaire.

M. Chipault, pour émettre l'hypothèse qu'un trouble trophique est peut-être parfois en cause dans la production de l'ongle incarné, s'appuie, par exemple, sur deux faits où les malades portent des varices. Je suis convaincu que les varices, sont, en effet, souvent accompagnées de névrites, que les ulcères variqueux sont d'ordre trophique. Dans ma thèse inaugurale, en 1886, j'ai publié une centaine d'observations inédites d'ulcères variqueux et j'ai mis en relief, autant que possible, les symptômes qui démontrent la participation du système nerveux. Or, dans aucune de ces observations, la coexistence d'un ongle incarné n'est notée. Il s'agissait cependant, en majeure partie, de membres dont le fonctionnement nerveux

était bien plus compromis que dans les cas de M. Chipault.

Maintenant, faut-il considérer l'observation de M. Thiéry comme appuyant l'hypothèse de M. Chipault. C'est possible, mais non démontré. Avant de conclure, il est indispensable d'étudier en détail les phénomènes nerveux dans ce membre, car la dermite hypertrophique vulgairement appelée, à tort d'ailleurs, *éléphantiasis nostras*, n'est pas nécessairement d'ordre trophique. Bien au contraire, je crois qu'elle est, la plupart du temps, d'ordre inflammatoire. La preuve en est encore fournie par l'éléphantiasis variqueuse. Les névrites des membres variqueux causent indiscutablement des lésions trophiques de la peau. Mais si rien autre n'intervient, on constate que ces lésions se caractérisent par une tendance atrophique. La peau s'indure et se sclérose, mais en s'amincissant, et au degré extrême elle se colle, pour ainsi dire, sur la face interne du tibia. Quand il y a dermite hypertrophique, c'est-à-dire *éléphantiasis variqueuse*, le processus est tout autre. Sur ces tissus mal innervés, les ulcérations sont fréquentes et elles sont le point de départ de lymphangites aiguës, subaiguës ou chroniques, grâce auxquelles le gonflement *éléphantiasique* se constitue peu à peu. Voilà une cause de l'*éléphantiasis* dite *nostras*. A côté d'elle, il en est d'autres, dont beaucoup sont encore obscures; mais il est probable que la plupart du temps la pathogénie est la même. Il ne suffit donc pas de constater un *éléphantiasis* pour en conclure qu'il y a des troubles trophiques.

M. CORNIL croit qu'il faut faire une place à part aux cas analogues à celui de M. Thiéry, où, par suite d'un œdème chronique, les parties molles hypertrophiées débordent l'ongle et se coupent. Il y a là une action réellement mécanique. Ainsi, il a observé une malade chez laquelle cette incarnation tendait à se produire. D'autre part, il ne faut pas exagérer le rôle du système nerveux pour expliquer les *éléphantiasis* dont on ignore la cause. Un œdème simple peut, avec le temps, s'indurer, devenir *éléphantiasique*, et il y a alors des phénomènes d'inflammation chronique. Cela se voit, par exemple, dans la *phlegmatia alba dolens*. Enfin, M. Chaput semble exagérer la fréquence des anesthésies partielles des orteils chez les sujets sains. Ces anesthésies sont rares, et pathologiques. M. Cornil en a recueilli une observation sur un diabétique chez qui un abcès se forma au gros or-

teil, par l'effet d'un petit corps étranger qui s'était introduit dans les parties molles et avait été méconnu à cause de l'anesthésie.

M. BROCA rappelle que les névrites périphériques des diabétiques sont parfois la cause du mal perforant. M. Kirmisson, en particulier, a publié une note sur ce point. M. Broca a recueilli à cet égard à l'hôpital Saint-Louis, en 1884, une observation probante, sur un diabétique qui portait au niveau du talon antérieur un mal perforant assez médiocre et chez lequel se sont déclarés des accidents gangréneux assez superficiels et vite guéris sur la peau du gros orteil. Or, il y avait une anesthésie manifeste sur le gros orteil, aussi bien à la face dorsale, non calleuse, qu'à la face plantaire ; cette anesthésie s'étendait un peu sur la partie interne de la face dorsale du pied.

Purpura infectieux.

M. DESCHAMPS relate une observation de *purpura*. Il s'agit d'un enfant de 13 ans qui, malade depuis trois semaines, avait d'abord eu deux épistaxis très abondantes, puis du purpura. Au niveau des plaques ecchymotiques, on constatait de petites phlébites superficielles. Les ganglions axillaires et inguinaux étaient très hypertrophiés. A l'autopsie, on a trouvé des ecchymoses intestinales, vésicales, un hématome intra-testiculaire ; une hémorrhagie cérébelleuse corticale et des ecchymoses sous-péricardiques très remarquables.

M. CORNIL pense qu'il s'agit d'une véritable septicémie hémorrhagique et demande si l'examen bactériologique a été entrepris. Il y a en effet des microbes qui causent toujours du purpura ; d'autres qui, suivant leur degré de virulence, en produisent inconstamment ; d'autres qui ne sont hémorrhagipares qu'à la faveur de certaines associations.

M. L. GUINON, dans un cas analogue, a trouvé le streptocoque joint au staphylococcus aureus ; et il y avait, en outre, d'autres microbes qu'il n'a pas encore entièrement déterminés.

M. WIDAL a vu des accidents hémorrhagiques liés au streptocoque d'une infection puerpérale.

M. DESCHAMPS communiquera l'observation complète quand l'examen bactériologique aura été pratiqué.

Séance du 22 Novembre 1889.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL

Sur une péricardite purulente méconnue, par P. DUFLOCQ, chef de clinique (à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire).

Ces pièces proviennent d'un malade qui a succombé dans les circonstances suivantes :

Sans aucun antécédent morbide, cet homme de 35 ans, cordonnier, est pris brusquement de vomissements le samedi 9 novembre, en sortant de dîner; il avait mangé du bouillon et du bœuf. Le dimanche il va bien; le lundi à déjeuner, il essaye de prendre du bifteck et les vomissements reprennent et persistent répétés et incessants. Un médecin lui fait mettre un vésicatoire sur le sommet gauche du poumon, en arrière. Le mardi il est plus mal, les vomissements ont continué, il se sent très faible, de plus il est pris de cystite cantharidienne. Le médecin lui conseille d'entrer à l'hôpital. Il vient le jeudi soir 14, et me remet une note du médecin ainsi conçue : « Vomissements incessants, peut-être péricardite ». Il est pâle, les traits tirés, les extrémités refroidies et vomit deux fois pendant l'examen. Il offre l'aspect de l'étranglement interne ou de l'empoisonnement. Il a été à la selle la veille, le ventre n'est ni tendu ni ballonné; j'élimine l'idée d'étranglement.

Le cœur, examiné avec d'autant plus de soin que je venais de lire la note du médecin, donne les résultats suivants. La pointe est au-dessus du mamelon, l'impulsion est faible, nulle part de frémissement; pas de voussure à l'inspection; à l'auscultation, ni souffle ni frottements en aucun point; les bruits sont peu forts, rapides, mais nettement frappés à la pointe comme à la base; pas d'augmentation de la matité du cœur; le bord droit du cœur suit le bord droit du sternum.

Poumons. — Respiration rude au sommet droit en arrière; submatité à la base gauche, diminution du murmure vésiculaire.

La région épigastrique est sensible à la pression, surtout au niveau du foie qui déborde un peu les fausses côtes.

Sonorité exagérée de l'espace de Traube; succussion hydro-aérique de l'estomac qui est dilaté; cet homme a fait quelques excès alcooliques.

J'admets une auto-intoxication par résorption de produits toxiques résultant de fermentations anormales dans un estomac dilaté, car le début des accidents avait été marqué par une indigestion.

Le 15. Quelques frottements pleuraux à la base gauche; le soir ils ont augmenté; il en existe en avant, près du rebord des fausses côtes, que l'arrêt de la respiration supprime et dont le malade a conscience dans les grandes inspirations. Le malade est mieux, réchauffé; plus de vomissements: ils ont été supprimés par les boissons glacées. Il a eu quatre selles à la suite d'un lavement purgatif; le poulx est plus fort, le cœur plus énergique; pas de changements à la percussion.

Le 16 au matin, le mieux continue; le soir il est plus fatigué et se plaint au niveau du foie; deux heures plus tard il se refroidit un peu, le poulx est plus faible.

Le 17, il est un peu mieux, les frottements pleuraux ont disparu ; matité du 1/4 inférieur du poumon gauche, absence du murmure vésiculaire ; ni souffle, ni égophonie, pas de vomissements ; extrémités fraîches ; quelques plaques bleuâtres à la région interne des genoux. Même état du cœur. La cystite a disparu depuis deux jours.

Il était dans le même état lorsqu'à midi, en voulant prendre son urinoir, il se penche, tombe de son lit et quand on vient le relever, il était mort. A aucun moment il n'y a eu de fièvre.

Voici le cœur et le péricarde. Le sac péricardique est très distendu ; sa surface interne est tapissée de membranes fibrineuses épaisses qui lui donnent un aspect tomenteux, des dépôts semblables se trouvent sur le feuillet viscéral et sur le cœur qui est hérissé par places de petites saillies blanchâtres ; le cœur paraît un peu gras. Le péricarde contenait près d'un litre de liquide séro-purulent. L'examen bactériologique, fait immédiatement, montre que le liquide est peuplé de microcoques groupés en séries linéaires de quatre à huit grains ; il s'agit donc du streptococcus pyogenes. En avant, des adhérences maintiennent le poumon gauche au devant du cœur.

La plèvre gauche contient un litre du même liquide purulent. Le péritoine dans la région du foie et de l'épigastre présente des traces d'une péritonite récente. Atelectasie du poumon gauche à la base. Congestion du sommet droit dans sa partie postérieure. Foie gros, un peu gras. Estomac dilaté.

RÉFLEXIONS. — On est frappé du contraste entre des lésions si considérables si rapidement effectuées, si grossières en un mot, et le résultat absolument négatif de l'investigation clinique.

L'on sait au contraire qu'il suffit d'un léger dépoli dans un point limité de la séreuse pour qu'immédiatement apparaisse le frottement spécial et caractéristique, à constatation si facile, de la péricardite sèche. On arrive ainsi à ce paradoxe clinique, que plus le péricarde est malade, moins il se plaint. L'histoire de la péricardite avec épanchement mériterait d'être soigneusement révisée.

Peut-on, dans ce cas particulier, expliquer le résultat négatif de l'examen local. Assurément la chose mérite d'être tentée, quand ce ne serait qu'à titre d'excuse pour mon erreur de diagnostic. D'abord pendant la vie du malade j'ai soigneusement et plusieurs fois par jour examiné le cœur de cet homme sur lequel l'hypothèse du médecin de la ville attirait mon attention. Il est probable que cet honorable confrère, dont le malade n'a pu me dire le nom, a surpris la péricardite en voie d'installation et qu'il a pu percevoir quelques frottements pendant le stade de péricardite sèche.

Quoi qu'il en soit, le malade est entré dans le service avec un épanchement pleinement constitué et déjà considérable

puisque quelques jours plus tard, à l'autopsie, il devait atteindre près d'un litre ; et cependant pendant son séjour dans nos salles jamais la matité cardiaque n'a varié.

Il est probable que l'épanchement s'est accumulé en arrière du cœur qui, refoulé en avant contre la paroi, restait accessible à l'examen ; une simple couche de liquide suffisante pour empêcher le frottement des deux feuillets de la séreuse restait seule interposée. Enfin la submatité que devait entraîner vers la région de la pointe la distension du sac péricardique était masquée par le tympanisme gastrique de l'estomac dilaté et rempli d'air et par la présence persistante au devant du cœur du poumon gauche retenu par des adhérences.

L'examen de la région du cœur ne donnant rien, restait l'état général qui était celui d'un empoisonnement et comme le début en pleine santé s'était fait par une indigestion deux fois répétée à un jour d'intervalle, on peut comprendre que j'aie été amené à rattacher à ces troubles gastriques l'évolution même de la maladie.

M. CORNIL. — Une péricardite purulente se développant dans ces conditions et restant méconnue constitue un fait intéressant au point de vue étiologique, comme au point de vue pathologique. Il montre une fois de plus combien les signes indiqués en clinique comme devant faire déceler la péricardite sont incertains. Il n'y a rien là d'étonnant d'ailleurs, car il y a presque toujours une lame pulmonaire interposée entre le péricarde et la paroi thoracique, il est donc difficile d'entendre les frottements, et lorsqu'il y a du liquide épanché, c'est à peine si l'on pourrait soupçonner la péricardite par les bruits du cœur devenus plus sourds et plus éloignés. La difficulté augmente encore lorsqu'il s'agit de péricardite chronique, et les symphyses cardiaques que nous trouvons à l'autopsie ont la plupart du temps été méconnues du vivant du malade.

Pneumonie chronique pleurogène, par M. LAUTIER, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter le poumon droit d'un homme mort dans le service de mon maître, M. le Dr Barth, médecin de l'hôpital Broussais. Ce malade était atteint de cirrhose atrophique du foie, et il présentait en même temps à la face inférieure de cet organe un volumineux kyste hydatique. A l'autopsie, la plèvre diaphragmatique a été

trouvée très épaissie et très adhérente. Le poumon droit, dans toute sa hauteur, est le siège d'une sclérose prononcée, d'apparence diffuse et qui paraît avoir son origine dans la plèvre. Celle-ci est adhérente dans toute son étendue et forme au poumon une véritable coque fibreuse.

Le feuillet viscéral présente un aspect aréolaire, dû à des épaississements en forme de travées fenêtrées qui paraissent répondre aux lymphatiques sous-pleuraux. De ces travées partent des tractus fibreux interlobulaires, qui s'étendent le long des bronches jusqu'au voisinage du hile, où l'on trouve un volumineux ganglion lymphatique, hypertrophié, mais non caséux. Nulle part on ne constate de granulations tuberculeuses.

Thrombose de la branche gauche de l'artère pulmonaire chez un phtisique, par le Dr P. MÈNÉTRIÉR.

Chez un homme de 36 ans, mort de tuberculose pulmonaire dans le service du professeur Jaccoud à la Pitié, nous avons trouvé une oblitération complète, par thrombose, de la branche gauche de l'artère pulmonaire. L'oblitération commence au hile du poumon ; à ce niveau, l'artère extrêmement dilatée est remplie de caillots stratifiés, denses, en partie décolorés, adhérents aux parois du vaisseau. La coagulation se prolonge dans les branches efférentes ; au niveau des premières grosses ramifications, les caillots ramollis forment un magma puriforme. Plus loin, et jusqu'aux plus fines divisions, les artères sont également oblitérées par des caillots blanchâtres, denses et adhérents.

Le *poumon* gauche, complètement soudé aux parois, est recouvert d'une plèvre épaissie et œdématisée. Il est creuse au sommet et suivant tout son bord postérieur de grandes cavernes qui sont remplies de sang noir, liquide. Le parenchyme est fortement sclérosé et renferme des tubercules fibreux et caséux.

Le poumon droit renferme des tubercules miliaires disséminés et à sa partie moyenne trois petites cavernes pleines de pus. A sa surface, la plèvre est recouverte d'une mince couche de fausses membranes fibrineuses. La cavité pleurale renferme un demi-litre environ de liquide séreux.

Le *cœur* est volumineux, le ventricule droit, très dilaté et dont les parois sont légèrement épaissies, est rempli de caillots cruoriques qui se continuent dans l'artère pulmonaire, mais ne présentent aucune adhérence avec les coagulations sanguines de la branche gauche. L'orifice tricuspidien est assez large pour admettre quatre doigts. Les cavités et orifices gauches sont sains.

Lésions congestives des autres organes, cerveau, foie, rate, reins. Œdème généralisé du tissu cellulaire. Pas de coagulations dans les veines caves, iliaques ou fémorales.

D'après les *renseignements cliniques* qui nous ont été fournis par notre ami Duflocq, la tuberculose pulmonaire remontait chez cet homme à quatre ou cinq ans environ. Mais il s'était surtout senti malade depuis deux mois et c'est seulement alors qu'il avait dû cesser son travail. A son entrée à l'hôpital, il y a un mois, il se plaignait surtout d'une très vive oppression, présentait de l'œdème des membres inférieurs, œdème mou, non douloureux, symétrique, remontant jusqu'à la partie inférieure du tronc. Il ne rapportait aucun symp-

tôme permettant de supposer l'existence antérieure d'une phlegmatia et les phénomènes dyspnéiques paraissaient s'être développés peu à peu, sans début brusque.

Le cœur avait des battements faibles, irréguliers, sans bruit anormal. Au moment de l'entrée l'expectoration était abondante, mucopurulente; peu de jours après, il rendit quelques crachats sanglants. Son état, momentanément amélioré sous l'influence du repos et de l'administration de la caféine, alla bientôt s'aggravant de jour en jour, l'oppression devint excessive au point que, durant les huit derniers jours, cet homme ne pouvait plus supporter le décubitus dorsal et dut rester tout ce temps assis dans un fauteuil.

Ces renseignements cliniques, joints aux résultats de l'examen cadavérique, nous permettent de penser qu'il s'agissait bien en ce cas d'une thrombose primitive de l'artère pulmonaire et non pas consécutive à une embolie; thrombose remontant à plus d'un mois avant la mort, antérieure à l'entrée du malade à l'hôpital; manifestée par les phénomènes d'insuffisance cardiaque que nous avons rapportés, et ayant permis une survie remarquablement longue pour des lésions aussi graves.

Nous avons inutilement recherché la présence des bacilles de Koch dans le magma puriforme de l'artère thrombosée. Un examen ultérieur des diverses parties du vaisseau et notamment des points en rapport avec les cavernes avoisinantes sera nécessaire pour rechercher si quelque lésion locale ne peut expliquer la thrombose.

Épithéliome de l'ampoule de Vater; malformation du rein gauche, par A. PILLIET, interne des hôpitaux.

Les tumeurs exclusivement limitées à l'ampoule de Vater ne sont pas extrêmement rares, et les bulletins de la Société en renferment plusieurs exemples. Pourtant, ces faits sont toujours intéressants au point de vue de la difficulté de leur diagnostic: celui qu'il nous a été donné d'observer et dont nous allons rapporter l'histoire présentait au complet les signes que des auteurs récents attribuent, d'une façon peut-être trop absolue, au cancer de la tête du pancréas.

OBSERVATION. — Le nommé Dup..., 81 ans, entre le 23 septembre 1889 dans le service de M. le Dr Albert Gombault, à l'hospice des Incurables d'Ivry. Il se plaint d'être mal portant depuis un mois environ, de ne pas avoir d'appétit et d'être très constipé.

Le malade est un homme de taille petite, chétif et maigre. Ce qui frappe d'abord, c'est l'ictère assez marqué qu'il présente à la face, aux conjonctives et sur tout le corps. Il en fait remonter le début à six semaines, la teinte jaune s'est accentuée progressivement sans qu'il ressentit nulle part de souffrances; seulement, l'appétit s'est perdu dès le début. Il a maintenant des alternatives de constipation et de diarrhée. Ses selles auraient été décolorées, à ce qu'il dit, mais à son entrée elles sont diarrhéiques et verdâtres. Les urines sont

d'un brun foncé et contiennent de la matière colorante biliaire en quantité très notable.

Le ventre est légèrement ballonné. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt, il n'est pas douloureux.

Il n'existe aucun souffle au cœur ; aucune lésion appréciable du poumon ; le pouls est régulier, à 60, la température est de 36°. Il existe du prurit généralisé, depuis le début de l'ictère.

Les jours suivants, la diarrhée cesse, les matières sont nettement argileuses, mais avec une teinte brune qui rappelle celle de la marne. Mélangées à une certaine quantité d'éther [sulfurique, elles donnent un liquide qui laisse en s'évaporant des taches graisseuses sur le papier buvard ; elle contiennent donc de la graisse.

30 octobre. On assiste à une rémission, le malade se sent un peu mieux, et la teinte ictérique a subi une diminution très appréciable. Mais l'inappétence persiste, et le dégoût de la viande ; le malade aimait beaucoup le poulet autrefois, maintenant il ne peut plus en manger. Le ventre est toujours un peu tympanisé, avec veines sous-cutanées légèrement dilatées. Il existe au creux épigastrique de la rénitence marquée. Le foie déborde toujours, on sent au-dessous de lui, dans le flanc droit, une masse fuyante, dont la nature est difficile à déterminer. La rate est très appréciable. La percussion et l'exploration de l'abdomen sont indolores. Le malade est toujours apyrétique. Le malade pèse 38 kil. 200 ; il pesait 41 kilos le 17 du même mois.

14 novembre. Le foie est toujours un peu gros et débordant au-dessous du bord tranchant, à droite à quatre bons travers de doigt de l'ombilic, et aussi bas que lui on sent bien une masse arrondie qui paraît du volume d'une petite orange et qui fuit sous la main sans donner la sensation d'une consistance dure. Si c'est la vésicule, elle est beaucoup plus en dehors et beaucoup plus bas que le point où on la devrait trouver, même dilatée. La rénitence épigastrique est toujours marquée et paraît se continuer avec la matité du foie.

Le 17. La faiblesse va augmentant, les yeux sont très enfoncés, la peau du visage est foncée, verdâtre et se desquame en fines pellicules qui donnent une teinte terreuse et sale à l'ictère. Le pouls est très faible, les bruits du cœur sont peu perceptibles, la diarrhée est continuée. Il existe un léger degré de xanthopsie.

Le 20. Amaigrissement progressif, ictère foncé ; pas d'hémorrhagies. Selles décolorées avec diarrhée abondante. On est obligé de changer le malade à chaque instant. Il présente depuis quelques jours un délire tranquille, de parole, sans agitation, ni convulsions. Les urines ont toujours été très chargées de sels et de pigments biliaires.

Mort le 21 novembre, sans rien de particulier à signaler.

AUTOPSIE. — On constate d'abord l'état d'amaigrissement prononcé du sujet ; l'ictère est très prononcé, surtout au visage et aux mains. Le cerveau présente une congestion veineuse intense avec exsudat de la pie-mère. Le plastron sternal enlevé, on ouvre le péricarde qui ne contient qu'un peu de liquide jaunâtre. Le cœur est fort petit (220 gr.) le ventricule droit est considérablement réduit, le gauche a des parois épaisses, une cavité petite, l'aspect de la coupe rappelle celle d'un cœur de lapin par exemple. Les coronaires sont flexueuses. Il existe une petite quantité de graisse dans le sillon inter-

auriculo-ventriculaire, surtout à droite. Le sinus aortique est large parsemé sur sa face interne de quelques plaques d'athérome. Il n'y a pas de lésions d'orifice, mais la valvule mitrale est étroite. Tout l'endocarde du cœur gauche est très épaissi et masque complètement le muscle sous-jacent. Sa surface est légèrement ridée, d'un jaune clair. Les sigmoïdes de l'artère pulmonaire présentent à leur base des plaques d'épaississement endocardique semblables à celles du cœur gauche, mais beaucoup moins étendues.

Les deux poumons sont congestionnés : il existe un œdème marqué des deux sommets ; les bases, quoique présentant de la congestion hypostatique sont beaucoup plus sèches que les sommets, d'où il s'écoule avec abondance sous le couteau un liquide spumeux et légèrement rosé. Les poumons sont d'ailleurs sillonnés de tractus conjonctifs pigmentés circonscrivant les lobules, nous n'insisterons pas sur ces lésions séniles. On trouve à droite une petite caverne ancienne remplie d'une masse blanche crétacée et circonscrite par un tissu fibreux ardoisé.

Le foie, l'estomac et le duodénum sont enlevés d'un seul bloc avec le pancréas ; on obtient ainsi une pièce qui peut être étudiée plus facilement. Le foie est gros ; d'un vert olivé foncé ; souvent une grande quantité de liquide biliaire mélangé de sang à la coupe. Il présente les marbrures caractéristiques de l'ictère par rétention parvenu à un très haut degré. La vésicule est très distendue ; la portion du fond qui dépasse le foie a le volume et la forme d'une poire moyenne. Seulement son axe est tout à fait modifié, il est devenu très oblique en haut et à gauche ; c'est pourquoi l'on sentait le fond de la vésicule beaucoup plus à droite qu'il est normal. Il n'y a pas de calculs.

Le canal cholédoque est également très dilaté, il se rétrécit brusquement en s'engageant dans l'épaisseur du duodénum. Au niveau de l'ampoule de Vater, il existe un champignon surélevé, blanc rosé, du volume d'une petite noisette, paraissant constitué par un épithélioma de très petit volume, sans ulcération à sa surface. Il recouvre exactement les deux canaux, cholédoque et pancréatique.

Le pancréas est petit, son tissu est fort mou ; sur les coupes transverses on constate que le canal de Wirsung n'est pas dilaté d'une manière appréciable. Il n'existe aucun noyau dans la tête de l'organe.

Par la pression, on peut faire fluer la bile dans le duodénum, ce qui montre que l'oblitération n'est pas totale.

L'estomac est petit, rétracté. Ouvert, il présente une muqueuse épaisse, à gros plis longitudinaux, qui apparaît d'une teinte ardoisée quand on l'a débarrassée par le lavage du mucus épais qui la recouvre. La rate, de moyen volume, offre à la coupe un tissu rosé et pulpeux.

Les capsules surrénales n'offrent rien de particulier à signaler. Le tube digestif ne présente pas de noyaux secondaires ni d'ulcérations.

Les deux reins offrent des détails intéressants. Le droit pèse 230 gr. Pour un vieillard de 81 ans, pesant 38 kilos, il paraît et est réellement volumineux. A la coupe, on constate les caractères du rein sénile, envahissement de la substance médullaire par le tissu adipeux, diminution de hauteur de la couche corticale, adhérence de la capsule, qui se laisse dédoubler et s'enlève par feuillets au lieu de se détacher

entière. On note en plus des stries jaunes dans les pyramides constituées par la pigmentation due aux sels biliaires. Il existe un certain degré de lobulation de l'organe, surtout marqué au voisinage du hile.

Le rein droit est très petit, son aspect extérieur rappelle celui d'un rein d'enfant, à la naissance il est seulement un peu plus long et plus aplati. Il pèse 40 gr., sa capsule se détache assez bien et laisse à découvert une surface assez profondément lobulée, quoiqu'elle le soit un peu moins que celle d'un rein de nouveau-né. A la coupe, ce petit rein présente les mêmes lésions séniles que le gros, la graisse remonte très haut le long des pyramides. Il a les mêmes infiltrations pigmentaires jaunes. Mais on ne trouve pas de dilatation du bassin. Pas de traces de cicatrices dans le parenchyme. En somme, malgré son petit volume, il ne présente pas de causes récentes d'atrophie ; et, en mettant de côté les lésions qui lui sont communes avec l'autre rein, il a l'aspect d'un organe sain.

Les deux uretères ne présentent rien de particulier. La vessie est revenue sur elle-même. Elle présente un réseau musculaire assez dessiné à sa face interne qui est teintée de jaune, mais il n'y a ni cystite ni hypertrophie prostatique. On est donc conduit à admettre pour expliquer le petit volume du rein gauche et l'hypertrophie compensatrice du droit une lésion très ancienne, telle qu'un arrêt de développement survenu peu après la naissance et ayant pour cause une insuffisance vasculaire ou nerveuse.

La loi des coïncidences nous a fait pratiquer peu de jours après l'autopsie d'une femme de 51 ans, tuberculeuse chronique, qui présentait une lésion tout à fait comparable. Le rein droit pesait 150 gr. le gauche 70 ; le cœur 230 gr. L'aspect du rein gauche ne révélait aucune lésion récente, il n'existait rien d'anormal dans la vessie ni dans l'appareil génital.

Examen histologique. — La tumeur coupée avec sa base, et les canaux sous-jacents montre les dispositions suivantes. La surface est légèrement tomenteuse, hérissée d'appendices rappelant la forme des villosités intestinales, mais 4 à 5 fois plus longs et plus gros, formés de petites cellules rondes. Entre ces villosités morbides s'enfoncent les glandes, extrêmement allongées et dont les culs-de-sac se pelotonnent à l'infini, en formations glandulaires rameuses ou acineuses. En dessous de ces deux couches, celle des tubes cylindriques allongés, celle qui résulte du pelotonnement des culs-de-sacs, apparaissent les alvéoles véritables ayant le type de l'épithéliome cylindrique. Ils remplissent tout le chorion épaissi par leur présence, et ont complètement remplacé la musculaire muqueuse. Certains alvéoles sont très larges, polycycliques, à surface interne villose, d'autres sont plus simples, avec une rangée de cellules sur une seule couche et une cavité remplie de mucus et de cellules desquamées, autour d'eux, dans les espaces interfasciculaires du tissu conjonctif, se voient de petits amas pleins, de même nature, car dans les plus grands les cellules se disposent sur une seule couche et la sécrétion muqueuse commence à s'accumuler dans la lumière de l'alvéole. Les cellules de l'intestin conservent leur plateau à l'origine des glandes en tubes, elles le perdent dans les culs-de-sacs, et deviennent petites et cubiques dans les alvéoles.

Dans la profondeur de la coupe, on retrouve l'ampoule dont tout le chorion, jusqu'aux plis et aux villosités de la surface, est infiltré d'alvéoles d'épithélium cylindrique. Il s'ensuit un épaississement très notable de la paroi, grâce à ce tissu nouveau qui se continue avec celui qui occupe la couche sous-muqueuse du duodénum. Mais, bien que les plis et les franges de l'ampoule soient distendus et élargis par les amas épithéliaux qu'ils contiennent, il n'y a pas d'oblitération de sa lumière.

Nous avons donc affaire à un épithéliome cylindrique, parti de la surface duodénale, ayant envahi l'ampoule par contiguïté, probablement en se propageant dans le réseau lymphatique du chorion.

EN RÉSUMÉ, en laissant de côté la malformation renale que nous nous bornons à signaler, nous nous trouvons en présence d'un cancer de l'ampoule de Vater, avec oblitération incomplète des canaux, rétention biliaire et selles graisseuses. Les principaux signes étaient la dilatation de la vésicule avec un foie augmenté de volume par suite de la rétention biliaire, mais qui, quoique débordant les fausses côtes, ne peut être qualifié de gros foie. La vésicule était beaucoup plus bas, et beaucoup plus en dehors de la ligne médiane qu'il est de règle ; par conséquent il ne faudrait pas la chercher à sa place habituelle dans des cas semblables. Chez un homme de 81 ans, mort d'un cancer de la tête du pancréas avec rétention biliaire, M. Gombault a également noté et nous a fait constater cette situation de la vésicule.

Le second signe, c'est la marche progressive de l'ictère, qui arrive à être très foncé et s'accompagne de décoloration des selles et de pigmentation urinaire.

Le troisième, c'est la courte durée de la maladie, quatre mois environ, avec amaigrissement et cachexie rapide.

Tous ces symptômes s'expliquent par la lésion observée. Le foie n'était pas tuméfié outre mesure et ne contenait aucun noyau cancéreux, on devait donc le mettre hors de cause.

Les signes que nous venons de résumer ont été attribués dernièrement (Bard et Pic, *Cancer primitif du pancréas*, Rev. de médecine, 10 mai 1888, p. 403) au cancer du pancréas pour lequel ils constitueraient un syndrome révélateur. On voit qu'il n'en est pas toujours ainsi, ce sont des signes d'emprunt, de compression ; que le point de départ soit le duodénum, la surface même de l'ampoule, les voies biliaires, ou la tête du pancréas, la séméiologie sera la même. On circonscrit le diagnostic dans un point très limité, entre deux ou trois organes dont les conduits convergent, mais à moins

d'un hasard tout particulier, il est difficile d'aller plus loin. D'ailleurs un noyau d'épithéliome situé dans la tête du pancréas, s'il est au-dessus du canal de Wirsung, peut évoluer sans donner aucun symptôme hépatique, nous en avons rassemblé quelques exemples à propos d'un cas assez typique présenté à la Société en 1888. On peut donc voir des cancers primitifs de la tête du pancréas sans distension de la vésicule, sans ictère progressif, etc., d'autre part ce syndrome peut être réalisé par des lésions étrangères au pancréas, comme dans le cas actuel. Il n'a donc qu'une valeur de fréquence et non pas une valeur absolue.

Métrite gangréneuse et villeuse; rétrécissement du vagin, par M. ISCH-WALL, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.

M^{me} Oud... entre à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, service de M. Kirmisson pour des métrorrhagies assez abondantes qui la tourmentent depuis quelque temps. Le toucher vaginal permet de sentir vers le fond du vagin un étranglement circulaire dont le centre laisse à peine pénétrer la pulpe de l'index. Ce rétrécissement vaginal est discoïde, il donne la sensation d'une bride mince et circulaire; le doigt sent en effet un bord libre tranchant mais résistant et nullement élastique. Cette espèce de bride fait avec la paroi vaginale un angle presque droit, elle est située à 1 cent. ou 2 en avant du col utérin que l'on peut toucher avec l'extrémité du doigt.

Cette femme s'est toujours bien portée, elle a eu plusieurs accouchements normaux qui n'ont jamais été suivis de complication; elle nie toute syphilis et d'ailleurs on n'en trouve pas de traces apparentes; elle est arthritique et athéromateuse. Depuis quelques mois, elle se plaint de pesanteur dans le bas-ventre, de tiraillements dans les reins et enfin, depuis assez longtemps elle est sujette à des pertes: le sang de ces dernières est inodore et présente une coloration normale. Il nous est impossible de trouver quoi que ce soit dans ses antécédents qui puisse expliquer la présence de son rétrécissement vaginal.

M. Kirmisson se décide à dilater ce rétrécissement afin de s'assurer de l'intégrité de l'utérus. Cette opération est faite le 6 novembre avec un spéculum de Ricord. La bride vaginale étant écartée, on voit qu'elle est reliée au pourtour du museau de tanche par des tractus fibreux blancs entre lesquels sont quelques points ulcérés. L'opération donne beaucoup de sang mais on s'en rend facilement maître par le tamponnement. L'utérus semble à peu près normal, le col est flasque. On ne trouve nulle part de noyaux indurés pouvant faire penser à l'existence d'un néoplasme. On panse la malade avec des tampons iodoformés.

Le 7 novembre apparaît de la fièvre; la malade a le facies rouge, vultueux, on la panse et l'on voit sortir du vagin une assez notable quantité de pus. Injections boriquées et pansement iodoformé.

Le 8. T. R. 39°,5. Même état général, pas de complications viscérales. Même pansement. A partir de ce jour, la malade a chaque soir un accès fébrile, sa température oscille entre 37°,5 et 39°, elle est très déprimée, son pouls est petit, du pus s'écoule encore par son vagin. On essaie successivement des lavages au sublimé, le bourrage de la cavité vaginale avec de la poudre d'acide borique, des pansements au salol; malgré tout, la malade tombe en hypothermie (36°,4); le 18, elle est dans le collapsus et meurt.

AUTOPSIE le 20 novembre 1889. — *Cœur* volumineux, flasque; se déchirant facilement, de teinte sépia. Nombreuses plaques d'athérome sur les valvules aortiques et au-dessous d'elles; en ce point on remarque un certain degré de rétrécissement. Athérome de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

Foie volumineux, d'aspect cardiaque. Un ancien calcul dans la vésicule biliaire.

Reins. Un peu de néphrite interstitielle.

Poumon droit. Congestionné à sa base.

Poumon gauche atrophié par une ancienne pleurésie; il est réduit à une simple lamelle appliquée contre la paroi thoracique et très adhérente. Il est enveloppé par une gangue épaisse, blanche, que lui forme la plèvre viscérale; celle-ci sur une étendue de la largeur de la main est transformée en une plaque calcaire sur laquelle se remarquent les empreintes des côtes.

Dans la *vessie* on trouve au niveau du col des veines dilatées et une rougeur intense.

Le *rectum* renferme des hémorroïdes nombreuses.

Vagin très dilaté, long (13 cent. environ); en son milieu est une surface circulaire présentant des plaques ardoisées séparées par des sillons blanchâtres; cette surface a environ 1 cent. 1/2 de diamètre, elle représente la cicatrice de la rupture produite par la dilatation.

Derrière cette cicatrice, et plus profondément, le vagin est très congestionné; on voit, sur un fond rouge parsemé d'ecchymoses, des parties saillantes et blanchâtres que le grattage ne peut faire disparaître.

L'*utérus* est gros, il renferme du sang mêlé avec un liquide blanchâtre. On peut entrer le doigt dans l'orifice du col et le remuer aisément dans la cavité utérine. Les lèvres du col sont saillantes, mais molles. La longueur de l'utérus est de 11 centim. Lorsqu'après avoir ouvert cet organe on le plonge dans l'eau, on voit flotter à sa surface une grande quantité de houpes saillantes, longues de 4 à 5 centim. Ces houpes sont formées de villosités blanchâtres ayant une base d'implantation épaisse; le tissu utérin, au niveau de cette base d'implantation est très congestionné et infiltré de sang. La paroi utérine est épaisse de 0,8 à 1 centim. suivant les points que l'on examine. Trompes normales. Ovaires petits, durs, atrophiés.

RÉFLEXIONS. — Sans entrer dans de longues dissertations à propos de cette observation, nous ferons remarquer la rareté de cette forme gangréneuse et villeuse de métrite que nous a, seule, révélée l'autopsie, et qui fut évidemment la cause de la mort de notre malade; nous dirons enfin que

malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu trouver aucune raison étiologique capable d'expliquer le rétrécissement du vagin qui l'avait amenée à l'hôpital.

M. CORNIL. — J'ai examiné la pièce que nous présente M. Isch-Wall ; au premier abord on aurait pu croire qu'il s'agissait d'une métrite chronique. Toute la muqueuse du corps était recouverte de houpes que l'on voyait surtout très bien en mettant la pièce sous l'eau. En raclant on obtenait un suc blanchâtre, qui présentait au microscope des cellules cancéreuses typiques. Cette opinion a d'ailleurs été confirmée par l'examen des villosités qui sont formées par une mince trame conjonctive et par plusieurs rangées de cellules épithéliales. La muqueuse du corps est détruite dans toute son étendue, le col est respecté ; il s'agit donc d'un cancer primitif du corps.

Hernie inguinale gauche étranglée. — Kélotomie. — Cure radicale après débridement à ciel ouvert, par H. DELAGÉNIÈRE, interne des hôpitaux.

La pièce que je présente aujourd'hui à la Société provient d'un malade du service de M. Terrier, le nommé T... Jean, âgé de 42 ans, entré le 11 octobre 1889 à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, n° 23.

Cet homme, fils de père et de mère hernieux, portait deux hernies inguinales depuis sa naissance. A partir de l'âge de 13 ans, il a toujours porté un bandage pour ses deux hernies. Il y a 6 ans, la hernie de gauche est devenue incoercible. Elle s'étrangle le 11 octobre 1889 dans la matinée. Un taxis énergique est pratiqué pendant plus d'une heure par un médecin, et reste sans résultat. Le malade est alors envoyé à l'hôpital.

Il souffre énormément au niveau de sa hernie, sa température est basse (36°), sa voix cassée, le pouls fréquent et petit. Il est alcoolique, présente un souffle à la pointe du cœur et au premier temps.

Le scrotum est fortement distendu du côté gauche par une tumeur grosse comme une tête d'enfant. Cette tumeur est ovoïde, régulière et fluctuante. Elle est mate si on la percute superficiellement, mais sonore à une percussion plus forte. Il est impossible de reconnaître la situation du testicule, ni d'apprécier le volume de l'anneau.

A droite, on trouve l'anneau dilaté, la hernie est réduite au moment de l'examen.

Opération le 11 octobre 1889 à 4 heures du soir, 9 heures après l'étranglement, avec l'assistance de nos collègues MM. Lelièvre et Révou. La peau est nettoyée puis désinfectée. Une incision de 12 c. environ est pratiquée sur la tumeur parallèlement à son grand axe, et remontant jusqu'au-dessus de l'anneau.

La peau et les couches sous-jacentes sont sectionnées avec soin jusqu'au sac. Celui-ci est ouvert avec précaution puis largement incisé. Ses parois sont séparées avec des pinces. Il s'écoule en abon-

dance un liquide brunâtre. La cavité du sac est remplie par une quantité considérable d'intestin grêle descendu avec une masse volumineuse de mésentère. Intestin et mésentère sont couverts d'ecchymoses. Ils sont soigneusement nettoyés et désinfectés avec de la solution phéniquée forte. Je cherche alors à pratiquer le débridement de l'anneau avec un bistouri boutonné.

Trois petites incisions sont ainsi faites, puis l'anneau est dilaté avec les doigts. Malgré cela la réduction ne peut être obtenue, le pédicule mésentérique devient un obstacle insurmontable.

Pour éviter de nouvelles violences à l'intestin, déjà très contusionné, je pratique le débridement large, à ciel ouvert comme M. Terrier l'a fait souvent pour la cure radicale des hernies volumineuses.

Dans ce but, je prolonge l'incision en haut de 3 centim. environ. Tous les tissus sont divisés d'un seul coup jusqu'aux fibres aponévrotiques de l'anneau que je reconnais très facilement *à la vue et au toucher*. L'anse d'intestin engagée sert alors de guide pour continuer la section. Celle-ci se fait à petits coups de ciseaux qui divisent successivement les fibres aponévrotiques de l'anneau puis le collet du sac. Il est important, pour éviter la blessure de l'intestin, de l'attirer légèrement en bas avec une main. On tend ainsi la paroi intestinale et on évite les plis transversaux qui seraient sectionnés sans cette précaution avec la plus grande facilité. Lorsque le débridement de l'anneau est terminé, la cavité abdominale se trouve ouverte de 3 centim. environ. Il s'écoule alors un peu de liquide ascitique, puis l'intestin est réduit ainsi que son pédicule mésentérique sans la moindre difficulté. Une grosse éponge montée est introduite dans le ventre pour maintenir la réduction.

A ce moment, le collet du sac herniaire représente une gouttière ouverte en avant. J'isole cette gouttière à sa partie postérieure et poursuis la dissection un peu vers le scrotum. Je sectionne alors transversalement le sac pour avoir une prise qui me permette de soulever en l'air le collet du sac afin de bien le disséquer. Je décolle ainsi la séreuse de la partie postérieure de l'anneau, puis avec le doigt je continue ce décollement à la face postérieure de la paroi abdominale. Sur les bords de l'ouverture abdominale créée par le débridement, des pinces sont appliquées en collerette puis la séreuse pariétale est décollée dans une étendue suffisante pour permettre de faire une ligature en bourse. L'éponge est retirée, puis le pédicule formé par la séreuse plissée est lié au moyen d'un *nœud à boucle passée* puis sectionné. La séreuse est alors parfaitement close de toute part, elle passe comme un voile tendu au fond de la plaie.

L'opération se termine comme d'habitude :

La partie inférieure du sac est rapidement isolée et extirpée. Trois gros catguts sont placés sur les muscles et les bords de l'anneau. L'hémostase de la plaie est faite, puis la peau est suturée avec des crins de Florence.

Drain à la partie supérieure de la plaie.

Pansement iodoformé compressif.

Durée de l'opération, 50 minutes.

Environ 50 gr. de chloroforme.

Marche. — Les détails qui suivent sont dus à l'obligeance de mon collègue et ami M. Dagron qui a suivi le malade.

Le soir 37°,5, vomissement, agitation. On fait une piqûre de morphine.

12 octobre. La température le matin est de 37°, le soir 37°,5.

D'ailleurs rien à signaler au sujet de la température qui est restée normale (entre 37° et 37°,6) jusqu'à la mort. Les vomissements continuent, ictère, le malade a rendu des gaz.

Le 13. Encore des vomissements bilieux, le malade n'a pas uriné, on le sonde dans la nuit mais on retire à peine quelques grammes d'urine. Il rend des gaz. Toujours de l'agitation.

Le 14. Encore des vomissements mais bon état général, l'agitation diminue.

Le 16. Encore des vomissements.

Le malade a mangé malgré la surveillance. Son état général est mauvais. Le pansement est changé, la plaie est en parfait état; réunie. Le drain est supprimé. Quelques crins sont retirés.

Le 20. L'état général est mauvais, le malade continue à vomir, il a de la stomatite; son urine contient de l'albumine. Il respire avec peine, on trouve à l'auscultation des râles fins d'œdème pulmonaire. Le pansement est changé, la plaie complètement guérie, les derniers crins sont enlevés.

Le 21. Dyspnée encore plus marquée. L'œdème pulmonaire a augmenté. Albumine en abondance dans les urines. Langue rôtie, subdélirium. Le malade va à la selle, on lui prescrit 15 gr. d'eau-de-vie allemande.

Le 22. État général très mauvais. Dyspnée très vive, agitation, nouvelle purge, saignée de 300 gr. Mort à 2 h. de l'après-midi.

AUTOPSIE faite par mon collègue et ami M. le Dr Weber. J'en extrais le passage suivant qui présente seul de l'intérêt au point de vue qui nous occupe. A l'ouverture du ventre aucune trace de péritonite, mais on trouve encore des ecchymoses sur l'intestin qui a été réduit et surtout sur le mésentère. La séreuse est parfaitement close et ne présente pas de dépression infundibuliforme dans le point où a été fait le pédicule.

La mort peut être attribuée à de l'artéri-sclérose généralisée et ayant amené des lésions cardiaques, rénales, etc., etc., constatées.

Examen de la pièce. — Cette pièce est constituée par la portion de la paroi abdominale à l'endroit où se trouvait la hernie et la partie correspondante du scrotum.

J'étudierai successivement sa face antérieure et sa face postérieure.

La face antérieure ou cutanée présente la cicatrice opératoire longue de 13 centim. et parfaitement réunie dans toute son étendue; la peau est saine tout autour.

Sur la face postérieure, on peut voir une surface unie qui n'est autre qu'une portion de la séreuse pariétale au pourtour de l'orifice interne du canal inguinal; cette membrane est lisse, parfaitement saine, elle présente en son milieu une cicatrice étoilée (c'est le point où la ligature du collet a été faite). Elle repose à l'extrémité supérieure de l'incision cutanée, elle est soulevée et forme quand on étale la pièce sur une table une saillie très appréciable à la vue.

Cette saillie est constituée par la colonne de soutien que l'on doit

obtenir *dans toute bonne cure radicale de hernie*, d'après M. Lucas-Championnière.

En la prenant entre les doigts, elle est dure et résistante.

RÉFLEXIONS. — L'examen de cette pièce démontre donc que la cure radicale de la hernie avait été obtenue chirurgicalement, car :

1° Il n'existait pas d'amorce ni d'infundibulum du côté du ventre ; 2° la cicatrice de la séreuse était soutenue par une masse de tissu cicatriciel dans lequel se perdait non seulement l'anneau, mais encore les bords de la plaie abdominale.

Les conclusions sont donc les suivantes :

1° Le débridement large, à ciel ouvert, de l'anneau est d'une exécution facile. Il offre une sécurité plus grande que le petit débridement aveugle que l'on fait d'habitude avec le bistouri boutonné.

2° Ce débridement présente l'avantage sérieux de rendre facile la réduction du contenu de la hernie et d'éviter ainsi des manœuvres souvent dangereuses quand elles sont exécutées sur un intestin malade.

3° L'ouverture abdominale que l'on obtient par ce débridement n'est pas incompatible avec l'occlusion parfaite de la séreuse pour obtenir la cure radicale de la hernie.

4° Cette cure radicale peut même être obtenue d'une manière parfaite à la condition de décoller la séreuse tout autour de la petite ouverture abdominale ; de la lier en bourse en enlevant le plus possible ; enfin de réunir les surfaces cruentées (anneau et paroi) au moyen de sutures perdues.

Épithélioma du rein, généralisation, par JEAN BARRIÉ, interne provisoire.

Le nommé Jail..., 46 ans, employé, entré le 2 novembre 1889, salle St-Bernard n° 16, Hôtel-Dieu annexe, service de M. F. Dreyfous. Il y a six mois, à la suite de chagrins, le malade vit sa santé décliner ; l'appétit disparut, et peu à peu les forces diminuèrent considérablement. Il ne présentait cependant de douleurs en aucun point et se plaignait seulement d'une constipation assez tenace alternant avec de la diarrhée. Il y a 3 mois le malade eut une hématurie qui dura deux jours et s'accompagna de quelques douleurs de la miction ; mais depuis le sang n'a plus reparu dans l'urine. Depuis deux mois, l'affaiblissement a été en augmentant et le malade ne peut plus quitter le lit ; depuis quinze jours, il a eu plusieurs vomissements alimentaires.

A l'entrée, le malade présente un aspect cachectique presque squelettique et une teinte pâle qui n'est pas la teinte jaune paille du cancer. Les muqueuses sont décolorées et sur la face interne des

joues on trouve quelques plaques de muguet. La palpation de l'abdomen détermine une douleur assez vive, à l'épigastre et à l'hypocondre droit. Un examen plus complet est rendu impossible par la contraction des muscles droits. La succussion révèle un bruit de clapotage stomacal. Au niveau de l'épididyme droit, on trouve une tumeur dure, légèrement bosselée, occupant l'épididyme mais n'envahissant pas la peau qui glisse facilement sur elle. En un point la tumeur donne la sensation de fluctuation. L'examen du cordon ne révèle l'existence d'aucune dilatation veineuse. Cette tumeur est du reste absolument indolore depuis son apparition qui remonte à dix-huit mois. A l'auscultation du poulmon, on trouve dans la fosse sous-épineuse droite de l'expiration soufflante et quelques râles. Par le toucher rectal on ne trouve rien. Ni sucre ni albumine dans l'urine. Température 37°, 8 le soir.

Le *diagnostic* porté fut : Cancer latent avec noyau dans l'épididyme.

5 novembre. Le malade tousse un peu, il a une expectoration abondante de crachats verdâtres et les râles constatés au début ont augmenté. Aussi en présence de ces signes pulmonaires coïncidant avec les manifestations du côté de l'épididyme et l'absence d'engorgement ganglionnaire superficiel, on pensa à la tuberculose.

6 novembre. Les urines diminuent et atteignent à peine 500 gr. en 24 heures. Elles ne renferment ni sucre, ni albumine et contiennent 10 gr. 53 d'urée et 1 gr. 12 d'acide phosphorique.

Les jours suivants, les urines ne dépassent pas 600 gr. Elles sont très faiblement acides et l'urée tombe à 8 gr. par jour et l'acide phosphorique à 0 gr. 80.

Le 12. La quantité des urines augmente un peu, mais elles sont sanguinolentes, uniformément colorées. A leur surface nage une substance muqueuse épaisse, mais il n'y a pas de dépôt au fond du vase. La miction est douloureuse.

Le 13. Urines, 500 gr. Elles sont fétides; au microscope on y trouve de nombreux globules rouges et un assez grand nombre de globules blancs.

Le 14. L'hématurie continue mais les urines sont moins foncées.

Le 15. Urines 1500 gr. Le sang a disparu.

Le 18. L'agonie commence et le malade succombe le 19 novembre.

AUTOPSIE. — *Thorax* : Les deux poulmons, surtout le droit, présentent des noyaux cancéreux disséminés entourés de foyers de congestion. Ces noyaux siègent surtout dans la plèvre. A l'origine des bronches et dans le médiastin postérieur, on trouve des ganglions lymphatiques volumineux d'aspect blanchâtre, donnant par le raclage une assez grande quantité de suc laiteux. Du côté gauche, les noyaux cancéreux sont moins nombreux. Il existe au sommet de l'induration qui macroscopiquement paraît être d'origine tuberculeuse.

A la face interne des espaces intercostaux droits, on remarque trois ou quatre nodules cancéreux.

Sur le *cœur*, on trouve quelques plaques d'athérome, sur l'aorte et la grande valve de la mitrale.

Abdomen : *Rein* droit très augmenté de volume. Ayant 20 cent. de long sur 14 de large. Il est globuleux, à surface dure et bosselée et pèse, avec la capsule surrénale et la veine, 750 grammes.

A la coupe, on voit qu'il est entièrement dégénéré, sauf dans une très faible partie de son extrémité inférieure, où on reconnaît la structure du rein. Le reste de l'organe est constitué par un tissu blanc jaunâtre, avec des vaisseaux extrêmement dilatés, des ecchymoses et des lacunes remplies de sang dues au ramollissement d'une partie de la tumeur. La capsule entoure toute la tumeur.

La capsule surrénale est normale, mais un peu déplacée à cause de l'hypertrophie du rein. L'uretère est normal, mais le bassinot présente un bourgeon cancéreux, source des hémorrhagies, entouré d'un caillot sanguin. La veine rénale contient un caillot organisé. La veine cave est saine.

Le rein gauche ne paraît pas hypertrophié. Il présente cependant près de son bord convexe un petit noyau secondaire d'aspect blanchâtre.

La vessie et la prostate sont normales. A la face inférieure du foie on trouve un petit noyau cancéreux ; il n'en existe pas dans la profondeur de l'organe.

La rate, un peu plus grosse que normalement, ne présente pas trace de cancer.

L'épididyme droit présente une tumeur bosselée dure donnant à la coupe un suc laiteux. Le testicule n'est pas atteint et présente un léger degré d'atrophie.

EN RÉSUMÉ, le malade était atteint d'un cancer primitif du rein droit, que l'examen histologique a démontré être de l'épithélioma, qui s'est propagé ultérieurement au foie, à l'épididyme, aux poumons et au rein gauche. Il est à remarquer que la capsule surrénale était absolument saine.

Au point de vue clinique, le diagnostic était rendu difficile : 1° par l'absence complète d'engorgement ganglionnaire superficiel ; 2° par la localisation épидидymaire qui, d'abord attribuée au cancer, fut ensuite, à cause de la longue durée (18 mois) et surtout à cause de la coexistence des symptômes pulmonaires, attribuée à la tuberculose ; 3° enfin, et surtout, par l'impossibilité d'une palpation profonde à cause des contractions des muscles droits et de l'état de cachexie du malade qui ne permettait pas l'examen sous le chloroforme.

Ostéomyélite du maxillaire inférieur. — Séquestre volumineux, par C. WALTHER, chef de clinique chirurgicale.

M. Louis, âgé de 11 ans, entre à l'hôpital de la Charité (salle A. Paré, n° 51). Il y a environ un an, à la suite de l'avulsion d'une dent, ostéomyélite aiguë de l'angle gauche de la mâchoire inférieure ; le gonflement étendu à toute la joue persiste après l'ouverture d'un abcès au niveau de l'angle. Un autre abcès s'est ouvert à la hauteur de l'apophyse zygomatique.

État du malade à l'entrée. Tuméfaction considérable de toute la

joue gauche. Constriction des mâchoires, 2 trajets fistuleux aux points d'ouverture des abcès. Par ces trajets, on arrive sur un séquestre dur, un peu mobile à sa partie inférieure et qui semble remonter très haut sur la branche montante du maxillaire.

Le 4 octobre. Incision en L sur l'angle de la mâchoire remontant en arrière à 1 centimètre et demi seulement au-dessus de l'angle, s'étendant par sa branche horizontale à 5 centimètres en avant.

Dégagement de l'extrémité inférieure du séquestre avec la rugine. Mais on ne peut mobiliser la partie supérieure profondément enclavée sous le masséter et qui semble remonter très haut. Incision horizontale sur l'apophyse zygomatique passant par l'orifice fistuleux signalé en ce point. Résection de l'apophyse zygomatique nécrosée.

On sent alors l'extrémité supérieure du séquestre qui occupe toute la branche montante et, en le repoussant par l'incision supérieure pendant qu'il est fortement tiré avec un davier par l'incision inférieure, on arrive à l'extraire, mais en cassant obliquement sa partie supérieure.

On constate que l'os nouveau s'est reproduit aux dépens du périoste de la face interne du maxillaire. Il existe là très nettement une lame osseuse de nouvelle formation qui se recourbe en avant en forme de gouttière de façon à invaginer le séquestre. La constriction de la mâchoire ne cède pas sous le chloroforme.

L'enfant a quitté l'hôpital dans le courant d'octobre en voie de guérison.

Le *séquestre*, que je vous présente, est constitué par toute la branche montante de la mâchoire inférieure. Il comprend jusqu'à l'apophyse coronoïde et au condyle. Les manœuvres de l'extraction ont malheureusement produit une fracture qui détache la partie antéro-supérieure supportant l'apophyse coronoïde, mais en rapprochant les deux fragments, on se rend compte de l'étendue exceptionnelle de ce séquestre qui témoigne d'une nécrose totale de la branche montante avec ses deux apophyses.

La présence dans le séquestre lui-même de l'apophyse coronoïde et du condyle a rendu très difficile l'extraction qui n'a pu être achevée que par la fracture de l'une des deux branches de cette fourche qui restait enclavée en haut.

Lymphadénome du testicule, par C. WALTHER, chef de clinique chirurgicale.

Cette pièce provient d'un malade qui est entré le 5 octobre 1889, à la Charité, dans le service de M. le professeur Trélat, alors suppléé par M. Segond. Voici l'histoire clinique très simple de ce malade :

S..., Nicolas, âgé de 38 ans, garçon de magasin, homme très grand, très vigoureux ; ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel ; aucune maladie antérieure ; marié, père de 2 enfants.

L'affection a débuté il y a un an environ par l'apparition d'une petite tumeur du volume d'un pois sur la face externe du testicule gauche, tumeur assez dure, absolument indolente. Elle grossit lentement et régulièrement et au bout de 6 mois finit par envahir tout le testicule. Les symptômes fonctionnels étaient toujours si peu accusés que le malade ne consulta un médecin que 9 mois après le début du

mal, à cause de la sensation de gêne et de pesanteur provoquée par l'augmentation progressive du volume du testicule.

En juillet 1889, le malade se présente à la Charité et je constate l'existence d'une tumeur occupant le testicule lui-même, sans épanchement dans la tunique vaginale. Bien qu'il n'y ait absolument aucun antécédent et que les signes physiques ne répondent en aucune façon à l'hypothèse d'un sarcocèle syphilitique, le malade est soumis pendant un mois au traitement spécifique. Ce traitement ne donne pas de résultat. Le malade se refuse toujours, malgré mon conseil, à entrer à l'hôpital. Enfin, le 5 octobre, il vient lui-même demander qu'on le débarrasse de son testicule qui le gêne de plus en plus.

A ce moment la tumeur a le volume d'une pomme ; elle est régulière, arrondie, d'une consistance élastique et souple partout égale, sans bosselures ni irrégularités à la surface. En arrière, on sent une petite masse allongée qui paraît être constituée par l'épididyme. Le cordon spermatique est plus gros que celui du côté opposé, mais cela semble dû à l'augmentation de volume des vaisseaux ; le canal déférent a son volume normal. Pas de ganglions iliaques.

Testicule droit sain. Rien à la prostate.

Des examens minutieux et répétés ne montrent en aucun point du corps d'autre tumeur. Les ganglions inguinaux et axillaires ne sont pas développés. Le néoplasme est absolument localisé au testicule gauche.

Le 7 octobre, sur le conseil de mon excellent maître, M. Segond, je pratique la castration. Incision antérieure.

Ligature du cordon en 3 faisceaux avec du catgut. Sutures sans drainage.

Ablation des fils le 6^e jour. Réunion complète. Le malade quitte l'hôpital le 23 octobre. Il est revenu à la fin de novembre et ne présentait aucune trace de récurrence sur le cordon, aucune tuméfaction des ganglions iliaques.

Examen de la pièce. — Le néoplasme est bien développé dans le testicule lui-même ; la tunique albuginée est encore intacte. A la partie postérieure l'épididyme allongé est indépendant de la tumeur. Le canal déférent n'est pas augmenté de volume. La coupe montre un tissu homogène d'un gris jaunâtre sans noyau d'induration en aucun point, sans formation de cavités.

Je n'insiste pas davantage sur les caractères et l'aspect de cette tumeur ; l'examen histologique seul présente un réel intérêt : il a été fait par M. Dubar qui a eu l'obligeance de me donner la note suivante que je vous communique en son nom :

Examen histologique. — Les morceaux de cette tumeur ont été durcis par la gomme et l'alcool. Les coupes pratiquées sur ces morceaux, et colorées au picro-carminate, nous montrent à un faible grossissement (30 diam.) :

1^o Une partie où se trouvent des noyaux en grand nombre colorés en rouge et limités en îlots par de petites lignes claires ayant la forme de travées incolores ;

2^o Des parties plus fortement colorées en rouge à cause de la présence de nombreux noyaux volumineux formant des îlots plus ou moins grands de forme ovoïde ou arrondie.

Si nous étudions ces deux parties à un plus fort grossissement (250 diam.), nous voyons que :

1° La partie plus claire est constituée par du tissu réticulé dont les mailles plus ou moins larges sont remplies de cellules lymphatiques.

2° Les îlots fortement colorés sont formés de cellules épithéliales cubiques ou arrondies et sont limités de tous côtés par le tissu que nous venons de décrire; nous avons affaire aux canaux testiculaires dont les cellules ont proliféré et remplissent complètement la lumière des conduits.

Nous pouvons donc dire que nous sommes en présence d'un lymphadénome du testicule, le tissu fibreux qui entoure les tubes ayant laissé la place à du tissu adénoïde.

Séance du 29 novembre 1889.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL

Cyanose congénitale. — Communication interventriculaire. — Aorte naissant au ventricule droit. — Artère pulmonaire naissant du ventricule gauche. — Sans persistance au trou de Botal ni du canal artériel, par A. GAMPERT, interne des hôpitaux.

Enfant de 8 mois, entré le 21 octobre 1889, dans le service du Dr Cadet de Gassicourt à l'Hôpital Trousseau, mort le 24 novembre 1889.

Les symptômes étaient les suivants : Cyanose peu accentuée. Spatulation des extrémités. Souffle systolique à la région précordiale avec maximum au foyer de l'artère pulmonaire et propagation irradiée dans toutes les directions, *surtout à droite*, suivant une ligne transversale, jusque dans l'aisselle. Frémissement cataire au niveau du cou.

Augmentation de la matité transversale. Cœur presque médian.

A L'AUTOPSIE, 24 novembre, nous trouvons le cœur situé presque sur la ligne médiane; il est manifestement hypertrophié. Le diamètre vertical du ventricule est de 4 1/2 centimètres.

Le diamètre transversal à la base de 6 cent.

— antéropost. — de 23 millim.

La circonférence à la base de 15 cent.

Il a la forme d'un triangle isocèle, dont le sommet est formé par l'aorte, le bord droit par l'oreillette droite, le bord gauche par le ventricule gauche, la base par le ventricule droit.

On remarque tout de suite l'absence de l'*infundibulum* et de l'artère pulmonaire, à la place de laquelle se trouve l'aorte qui part du ventricule droit, se dirige d'abord verticalement, puis décrit sa crosse pour gagner le côté gauche de la colonne vertébrale.

Elle est large, d'un calibre uniforme (14 millim. de diamètre extérieur) donne par sa convexité les troncs céphaliques et brachiaux

sans aucune anomalie ; et embrasse par sa concavité la branche droite de l'artère pulmonaire.

Derrière l'aorte, et la débordant un peu à gauche, on aperçoit l'artère pulmonaire, qui part du ventricule gauche, monte verticalement, puis se divise en deux branches se rendant aux poumons ; la gauche directement, la droite en passant en arrière de l'aorte.

L'artère pulmonaire est certainement plus étroite que normalement, mais son calibre est uniforme.

Les artères coronaires sont au nombre de deux et ne présentent pas d'anomalie d'origine ni de trajet.

Le cœur gauche se compose d'un ventricule et d'une oreillette.

Une incision sur le bord gauche de l'oreillette nous permet de nous renseigner sur les dimensions de l'orifice auriculo-ventriculaire (il admet facilement le médius), puis le ventricule est ouvert. Nous notons en passant l'épaisseur des parois qui atteint 11 millim.

La cavité est spacieuse, la musculature normale.

L'orifice auriculo-ventriculaire (5 centim.) est muni d'une valvule mitrale bien conformée ;

En soulevant la grande valve, on découvre un orifice de communication entre les deux ventricules, situé à la partie supérieure de la cloison, juste au-dessous des sigmoïdes pulmonaires.

Cet orifice est elliptique à bords lisses et réguliers et présente 8 millim. de diamètre environ.

Le ventricule est ensuite incisé suivant la cloison et l'artère pulmonaire, et le lambeau ainsi détaché, rabattu du côté gauche.

L'orifice de l'artère pulmonaire est étroit (2 cent.), il occupe exactement la place que devrait occuper l'orifice aortique ; la grande valve de la mitrale est immédiatement accolée à la sigmoïde correspondante.

Les sigmoïdes présentent l'anomalie suivante. Il en existe une normale, les deux autres sont fusionnées dans toute leur étendue et forment ainsi une soupape flottante. Sur le bord libre on sent 2 nodules d'Arantius et sur le bord adhérent une esquisse de cloisonnement.

De plus, on remarque sur ces valvules de petites végétations rugueuses, irrégulières, rougeâtres sur la nature desquelles nous ne sommes pas encore fixé.

L'oreillette gauche normale reçoit les quatre veines pulmonaires et ne présente pas de persistance du trou de Botal.

Le cœur droit se compose aussi d'un ventricule et d'une oreillette.

L'orifice auriculo-ventriculaire est très large, il admet facilement le pouce (6 cent.).

Les parois sont plus épaisses qu'à gauche (12 millim.), la musculature est forte.

L'orifice auriculo-ventriculaire est muni d'une valvule tricuspide normale et saine, sa valve gauche masque l'orifice de communication interventriculaire.

L'orifice aortique (4 cent.) est muni de 3 sigmoïdes normales et saines ; au-dessus d'elles on voit les orifices des coronaires, au-dessous, sur la cloison, l'orifice de communication qui présente la même forme et les mêmes dimensions. L'oreillette droite est très dilatée, elle est pourvue d'une auricule et reçoit les veines caves supérieure et inférieure, la veine coronaire, une veine pulmonaire droite très petite. Le trou de Botal n'est perméable que pour un stylet.

RÉFLEXIONS.— Si la perforation de la cloison n'avait pas existé, le cœur gauche n'aurait reçu et envoyé que du sang ayant respiré; le cœur droit n'aurait reçu et envoyé que du sang veineux.

Il est donc plus que probable qu'un mélange des deux sangs se faisait à travers l'orifice de la cloison et a permis ainsi une survie de quelques mois.

Abcès périnéphrétique ayant envahi le rein droit et le muscle psoas-iliaque, consécutivement à une chute; hématurie et cystite; mort, par M. E. TISON.

Le nommé L... N..., âgé de 45 ans, manœuvre, entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 23 juillet 1889. On parvient à savoir que son père est mort, la peau devenue jaune. Sa mère est bien portante. Vers l'âge de 20 ans, le malade aurait eu un accès de folie dû à l'abus de l'alcool. Il y a 7 ans, il a eu la fièvre typhoïde.

Il entre à l'hôpital pour une chute de la hauteur d'un étage, dans une maison en construction où il travaillait le 19 juillet précédent. Il aurait perdu connaissance et on l'aurait d'abord transporté chez un pharmacien, puis chez lui. Il ne se souvient pas de ce qui s'est passé depuis sa chute jusqu'au lendemain. Le médecin appelé ordonne un bain de Barèges. Le malade reste quatre jours chez lui souffrant beaucoup du côté droit et urinant un peu de sang à la fin de la miction.

A son entrée à l'hôpital, le 23 juillet, quatre jours après sa chute, on trouva un grand nombre d'ecchymoses du côté droit. Il y en a sur le flanc droit, à l'ombilic, à la naissance de la verge, à la face postérieure des bourses, à la partie interne des cuisses et au pourtour de l'anus. La souffrance est toujours la même que les jours précédents. On ne trouve rien au cœur, ni aux poumons. Il urine toujours un peu de sang, son urine est rouge, elle se décolore par la chaleur et l'acide nitrique, mais elle ne contient pas d'albumine quand elle ne renferme pas de sang. Le malade n'a pas de fièvre, il se lève, marche facilement et paraît bien portant, n'était sa douleur au flanc droit.

30 juillet. Les ecchymoses n'ont pas disparu. A la fin de la miction, il urine encore quelques gouttes de sang, mais moins abondamment qu'à son entrée. Il existe une douleur à la naissance de la verge, douleur qui s'accroît aussitôt qu'il a fini d'uriner. La pression de la région du foie détermine une douleur violente et tout l'hypochondre droit est empâté.

Le 31. Hier en urinant, le malade a rendu un gros caillot de sang. L'appétit a disparu, la douleur est plus forte et la température atteint le soir 38° 4. On prescrit 0,60 centigr. de sulfate de quinine.

1^{er} août. La température du matin est de 38° 5. La douleur est encore plus vive et l'empâtement plus marqué. M. Le Bec, à qui je fais examiner le malade, constate un épanchement dans la région rénale droite. Ne jugeant pas une intervention utile, on prescrit six ventouses scarifiées et 1 gramme de sulfate de quinine.

3 août. On applique 6 ventouses sèches sur la région du foie qui de-

vient moins douloureuse. La douleur de la verge diminue et l'urine a repris sa couleur normale.

Le 6. La région du foie est toujours sensible. Il existe encore une douleur à la fin de la miction, mais il n'y a plus de sang dans les urines.

Le 8. Bain, cataplasmes.

Le 10. Tisane de queues de cerises, 1 verre d'eau de Sedlitz, un lavement au besoin.

Le 15. L'état est toujours le même que les jours précédents.

Le 17. Il y a encore un peu de sang dans les urines.

Le 19. Le malade rend par l'urèthre 12 à 13 petits cônes de sang caillé longs de trois centimètres et qui sortent la pointe en avant. Il urine aussi un peu de sang.

Le 21. Il n'y a plus de caillots.

Le 22. Le malade va beaucoup mieux. Il paraît rétabli et on l'engage à partir le 24, quand le lendemain 23, à 5 heures du soir, il est pris tout à coup sans que rien l'ait fait prévoir d'une hématurie d'au moins deux litres de sang rouge. La température est, le soir, 37°,3. On fait une injection sous-cutanée d'ergotine. On prescrit une potion au rhum avec 2 grammes de perchlorure de fer, de la glace et le repos au lit.

Le 24. Il rend par l'urèthre un demi-litre de sang.

Le 25. La miction est toujours douloureuse et l'urine contient un peu de sang. Il en est ainsi jusqu'an 29 où le malade rend un demi-litre de sang pur. Le ventre est douloureux dans la fosse iliaque gauche. On injecte de l'ergotinine Tanret.

Au mois de septembre, M. Tison prend ses vacances et le service est confié à M. le Dr Dauchez. Au début, les hématuries continuent. On les combat par le perchlorure de fer, l'ergotinine, le lavage de la vessie à l'eau boriquée. C'est la période où les douleurs vésicales prennent une grande acuité et font croire que la vessie seule est intéressée. C'est surtout à la fin de la miction que le sang apparaît. Ces douleurs siègent surtout au niveau du petit bassin, et à l'extrémité du pénis. Elles deviennent bientôt intolérables jusqu'au point de provoquer du ténésme vésical. Puis survient de l'incontinence de l'urine et des matières fécales.

12 septembre. Sous l'influence de ces souffrances, le malade dépérit rapidement. Dans la nuit du 15 au 16, il est pris d'une crise de douleurs excessive suivie de défaillance. La palpation indique une vessie distendue. On pratique le cathétérisme qui donne issue à environ 500 grammes d'urine noire et à odeur ammoniacale très prononcée. A la suite de cette urine qui contient du sang décomposé, il s'écoule environ 500 grammes de sang pur. La douleur est si vive et la faiblesse du malade si grande qu'il a une syncope, on lui fait coup sur coup quatre injections sous-cutanées d'éther. On fait ensuite une injection sous-cutanée d'ergotinine et un lavage de la vessie avec un mélange d'eau froide et de perchlorure de fer. On administre à l'intérieur de l'extrait thébaïque et on prescrit, pour la nuit suivante, une potion avec 30 gr. de sirop d'éther et même quantité de sirop de morphine. Sous l'influence de cette médication le malade se remonte peu à peu et se calme.

Le 16. L'urine contient encore une quantité notable de sang. Glace

sur le ventre, lavement laudanisé, injection sous-cutanée d'un mélange d'éther et de morphine, suppositoires belladonnés à l'extrait de ratanhia. On supprime l'ergot de seigle qui avait été administré les jours précédents.

Ce traitement continué jusqu'au 2 octobre amène un peu d'amélioration, mais de temps en temps on est obligé de recourir aux piqûres de morphine pour calmer les douleurs. L'urine contient toujours un peu de sang.

2 octobre. On supprime le traitement, on prescrit du vin de quinquina.

Le 3. Quand M. Tison reprend son service, le malade a l'aspect cachectique ; il est amaigri ; il a le teint jaune, la peau ridée, en un mot il a l'aspect d'un cancéreux ou d'un cachectique à la dernière période.

Le 10. Cathétérisme qui amène environ 200 gr. de pus presque pur. Le cathétérisme explorateur fait immédiatement n'indique ni calcul, ni fongosités, mais des inégalités faisant présager une vessie à colonnes. Quelques jours avant, du 3 au 11 octobre, accès de fièvre combattus par le sulfate de quinine.

A partir du 13, la diarrhée survient, on la combat imparfaitement par le sous-nitrate de bismuth et le laudanum. Le malade est devenu gâteux, il ne se plaint presque plus, quoiqu'il souffre encore. Le soir du 30 octobre, la température atteint 39°.

On continue d'alimenter le plus possible.

8 novembre. L'examen de la région du rein droit fait encore constater un empatement considérable. Le foie paraît gros, la circulation supplémentaire est très marquée sur la paroi abdominale. Il y a de la matité dans la fosse iliaque droite ; mais on ne sent pas le ballonnement rénal.

La potion antidiarrhéique du mois d'octobre est remplacée par des cachets contenant chacun 0,50 centigr. de naphтол, 0,25 centigr. de salicylate de bismuth. La fièvre est combattue par le sulfate de quinine et l'antipyrine.

Le 21. L'auscultation révèle des troubles qui font prescrire trois ventouses scarifiées à droite en arrière, et 12 ventouses sèches en avant. Le malade urine toujours du pus, il est toujours gâteux. Dès le commencement de novembre, le muguet sous forme d'une couche épaisse et grisâtre, avait envahi la muqueuse buccale. Le malade dépérit de plus en plus, pouvant à peine se remuer dans son lit. Enfin, il meurt le 19 novembre. L'exploration de la vessie par le rectum donnait la sensation d'une vessie à parois épaisses mais non bosselées.

L'AUTOPSIE réclamée par la mère a permis de faire les constatations suivantes. L'aspect extérieur du ventre est normal. Après avoir ouvert l'abdomen et fait une incision latérale du côté droit, il s'écoule une assez grande quantité de pus peu épais, mais extrêmement fétide. Au-dessous de ce foyer purulent apparaît le muscle psoas-iliaque gangrené dans toute sa hauteur, c'est-à-dire jusqu'au-dessous de l'arcade crurale, et présentant l'aspect d'un muscle envahi par un phlegmon ayant abouti à la gangrène. D'ailleurs toute la région de l'hypochondre droit, la fosse iliaque droite et le rein offrent un aspect bizarre qu'on ne peut mieux comparer qu'à une vaste caverne pulmo-

naire dont les travées seraient formées par les débris plus ou moins sphacelés du psoas, l'uretère et les vaisseaux.

Le *rein droit* est recouvert d'une capsule épaissie sur sa face antérieure, au-dessous il est en partie déduit par l'abcès qui a envahi sa substance et formé trois excavations dans la partie qui reste plus ou moins intacte. La substance rénale a un aspect lardacé. La gangrène qui a envahi toute cette région se continue jusqu'à la vessie. Celle-ci a les parois épaissies (environ deux centimètres) et dures. Leur coupe a un aspect lardacé. Elle contient du pus semblable à celui que le malade rendait pendant sa vie. Cette vessie a été le siège d'une inflammation qui a provoqué l'épaississement de ses parois.

Le *rein gauche* est pâle, il pèse 145 gr.

Le *foie* pèse 470 gr. il est gras. La rate est normale.

Les *poumons* sont emphysémateux, plus à gauche qu'à droite où il y a quelques adhérences pleurales.

Le cœur est grasseux à sa surface, mais les valvules et les orifices sont normaux.

Le *cerveau* n'a pas été examiné. Mais le malade à part quelques moments de délire et son grand affaissement n'avait jamais présenté de phénomènes cérébraux.

En présence de ces lésions M. Tison pense qu'on doit les attribuer à un vaste abcès déterminé par la contusion avec épanchement sanguin qui a suivi la chute. Il ne croit pas qu'on puisse faire intervenir en aucune façon soit le carcinome, soit la tuberculose, car les lésions trouvées ne présentent rien qui rappelle les altérations de ces deux grands processus morbides.

Tel est aussi l'avis très net de M. Cornil et des membres de la Société présents à la séance.

Cancer du cæcum, par M. E. TISON.

Le nommé L. A. H..., âgé de 67 ans, journalier, entré à l'hôpital Saint-Joseph, salle Saint-Albert, n° 8, le 4 novembre dernier. On ne relève aucun antécédent héréditaire. On note seulement qu'à 15 ans il aurait eu une fièvre muqueuse ayant duré un mois, et une fièvre typhoïde, à 26 ans, pendant qu'il était soldat. Depuis sept ans, il avait des troubles dyspeptiques et depuis quelques années il avait trois ou quatre fois par an des coliques hépatiques accompagnées d'ictère. Il y a huit mois, le malade commença à souffrir du ventre et surtout du côté droit, en même temps il remarquait que ce dernier côté grossissait. Il n'a jamais eu de diarrhée ni de constipation. Il ne se plaint que d'une douleur très vive dans tout l'abdomen.

À son entrée, il a le teint jaune paille des cancéreux. Il ne présente rien d'anormal du côté des poumons, ni du cœur, ce qui attire l'attention sur la douleur du ventre. À la palpation on sent dans l'hypochondre droit et dans la fosse iliaque du même côté, une masse dure, en forme de plaque siégeant sous la paroi abdominale. À la

percussion le ventre est sonore excepté dans cette région droite où on obtient de la matité quand on percute doucement. Mais si l'on frappe un peu plus fort, la sonorité reparait. Cet examen doit être fait avec beaucoup de précaution et de douceur, car le ventre est excessivement douloureux en cet endroit.

Le foie est augmenté de volume, mais on se rend très bien compte qu'il n'a aucun rapport avec la tumeur qui est située plus bas.

Un vésicatoire appliqué sur l'hypochondre ne produit aucun soulagement. Un peu de diarrhée étant survenue, on administre par jour, trois cachets contenant chacun 0,50 centigr. de naphthol B et 0,25 centigr. de salicylate de bismuth, puis on essaie de calmer les douleurs en donnant matin, midi, et soir une pilule contenant trois centigrammes d'extrait thébaïque, nn centigr. d'extrait de belladone et un centigr. d'extrait de ciguë. Il ne mange presque pas. Le lendemain de son entrée et deux ou trois fois pendant la première semaine de son séjour à l'hôpital, le malade avait eu, le soir, un frisson avec une température de 39°. Mais chaque fois, le matin, à la visite, la température était redevenue normale.

Le 17 novembre, son état s'aggrave, il survient une dyspnée intense déterminée par la douleur du ventre devenue plus vive. On fait une piqûre de morphine. L'état continue de s'aggraver et le malade succombe le lendemain 18, en gardant sa connaissance jusqu'au dernier soupir.

L'AUTOPSIE est faite le 20 au matin. A l'ouverture de l'*abdomen*, il s'écoule une matière sanieuse abondante et d'une odeur infecte. Le grand épiploon est épaissi et renferme des noyaux cancéreux. Les anses intestinales sont agglutinées. En les dévidant, on découvre la tumeur qui siège dans l'hypochondre droit. Une perforation existante dans le côlon ascendant laisse échapper la matière fécale qui souille toute la région.

Cette *tumeur* semble avoir envahi primitivement le cæcum qu'elle englobe complètement et d'où elle s'est propagée d'une part sur la fin de l'iléon et d'autre part sous l'origine du côlon ascendant.

Cette tumeur est friable, sa consistance est molle et elle se déchire facilement sur le doigt. Elle offre l'aspect du cancer. A la coupe elle présente une grande quantité de suc cancéreux. Tout le mésentère est également envahi. Il présente l'aspect d'un tissu graisseux et très friable.

Le *foie* est gros et gras en même temps ; il pèse 1980 gr. On n'y trouve aucun noyau cancéreux. L'estomac ne présente rien d'anormal.

Le *rein* pèse droit 180 gr. Son parenchyme a l'aspect gras, mais la région des calices est encore plus altérée. Le rein gauche, plus petit (150 gr.) est moins altéré dans sa substance.

La *vessie* ne présente rien d'anormal. Les autres organes n'ont point été examinés.

En somme, il s'agit ici d'un cancer primitif du cæcum, avec envahissement des parties voisines, mais sans propagation aux autres viscères.

Péricardite hémorrhagique d'origine tuberculeuse, par
M. A. SOUQUES, interne des hôpitaux.

Le nommé Jacques Chassanat, âgé de 31 ans, correcteur d'imprimerie, entré le 4 juin à l'hôpital Broussais, salle Lasègue, lit n° 20, dans le service de M. Chauffard. Ce malade ne présente aucun antécédent héréditaire digne de remarque. C'est un homme d'apparence vigoureuse, alcoolique, qui fait remonter le début de sa maladie à six mois. A cette époque il aurait été pris d'une hémoptysie. Depuis ce moment, il a toussé et a perdu ses forces. L'amaigrissement, modéré du reste, s'est accompagné de sueurs nocturnes, d'inappétence, de dyspnée et d'expectoration abondante, tous accidents qui l'ont amené à l'hôpital.

A son entrée on constatait les symptômes suivants :

Dans les deux poumons, au sommet, des signes évidents de ramollissement tuberculeux, aussi bien sous la clavicule que dans la fosse sus-épineuse. L'auscultation du cœur révélait un frottement simple précédant un peu le premier temps, couvrant le premier bruit, et se prolongeant dans le petit silence, de façon à produire l'ébauche d'un bruit de galop. Ce frottement semblait avoir son maximum vers la pointe, il s'entendait dans toute la région précordiale, mais ne se prolongeait pas dans l'aisselle. Pas de bruit de va-et-vient. Le cœur est hypertrophié, la pointe notablement abaissée; les bruits ont un timbre normal. Le poulx ne présentait rien de particulier. La température s'élevait à 40°. Du reste, durant tout le cours de la maladie elle a oscillé autour de 39° et la fièvre a résisté à l'antipyrine et à la quinine. Subcontinue dès le début, elle a pris vers la fin de juin le caractère septicémique à grandes oscillations. Toux fréquente et pénible suivie parfois de vomissements. Expectoration très abondante. Sueurs. Dyspnée modérée.

En présence de ces signes fonctionnels et physiques, on porte le *diagnostic* suivant : Tuberculose pulmonaire et péricardite, très probablement tuberculeuse.

Au commencement de juillet, les signes des lésions pulmonaires restent identiques. Le frottement péricardique, dont le maximum siégeait à la pointe, s'accroît notablement et se perçoit surtout à la base du cœur.

11 juillet. L'œdème apparaît aux membres inférieurs. Dyspnée plus vive, légère cyanose du visage.

Ces signes vont en progressant, et le malade meurt d'asphyxie progressive.

AUTOPSIE. — Le 21 juillet, 36 heures après la mort.

La *plèvre droite*, à l'ouverture du thorax, renferme un épanchement d'environ 1,800 gr. Le poumon correspondant est recouvert d'une fausse membrane peu épaisse, et refoulé vers la partie supérieure et interne du médiastin. Cet épanchement occupe la plèvre diaphragmatique et le tiers inférieur de la plèvre costale qui sont tapissées de fausses membranes assez récentes.

La *plèvre gauche* renferme à peine quelques grammes de liquide transparent; le poumon correspondant n'est pas encapuchonné dans des fausses membranes; il est simplement relié à la plèvre pariétale

par des adhérences courtes et résistantes. Il est aplati contre le médiastin.

Les *poumons* ont contracté de l'adhérences surtout au sommet, adhérences extrêmement solides. Ils présentent à la coupe des lésions analogues, c'est-à-dire des tubercules disséminés dans tout le parenchyme et agglomérés au sommet. Dans le lobe supérieur droit siège une excavation de la grosseur d'une noix.

Le *foie* est gras. *Rate* normale. *Reins*, d'aspect et de volume ordinaires. *Intestin*, quelques ulcérations sur la dernière portion de l'intestin grêle. *Cerveau*, rien de notable.

Le *péricarde* présente des lésions remarquables par leur étendue et leur distribution. En place, après l'ablation du plastron sternal, il fait saillie dans le médiastin, refoulant les poumons à droite et à gauche ; il est tapissé d'une épaisse couche de graisse et adhèrent aux deux plevres. Le feuillet pariétal incisé, il s'écoule un liquide rouge, hémorragique, dont on peut approximativement évaluer la quantité à 80 ou 100 grammes. L'incision prolongée de la base au sommet, ce même feuillet se montre très épaissi (huit millimètres environ) et rattaché au feuillet viscéral par des adhérences molles, courtes et multiples. Ces adhérences, très vascularisées, rougissent au contact de l'air ; elle sont plus épaisses et assez résistantes au niveau du rebord du péricarde ; en ce point celui-ci est en quelque sorte collé sur les gros vaisseaux dont on ne peut le séparer. Dans tout le reste de la face inférieure du cœur, les tractus se laissent facilement détacher. On voit alors qu'ils circonscrivent une multitude d'aréoles communiquant entre elles et pleines de liquide hématique, de telle manière que les parois de la cavité péricardique se présentent avec un aspect gaufré. Cet aspect particulier est beaucoup plus accusé sur la face postérieure et sur les bords du cœur.

Le péricarde et le cœur sortis du médiastin pèsent 1,200 gr. avant l'ouverture préalable des cavités cardiaques.

Le cœur est donc très hypertrophié ; il ne présente aucune altération valvulaire ; ses parois sont très épaissies ; ses cavités dilatées.

L'examen microscopique a porté sur le péricarde et sur les parois du cœur.

Sur des coupes du péricarde, on distingue très nettement deux couches : l'une, très épaisse, ne prenant pas les matières colorantes et formée par un exsudat fibrineux ; l'autre fibro-conjonctive immédiatement sous-jacente, semée de cellules géantes à noyaux multiples ; par places quelques follicules tuberculeux complets. Sur une coupe des parois ventriculaires du cœur on aperçoit trois couches. La première, répondant au péricarde viscéral, d'une épaisseur de 6 à 7 millimètres se subdivise en deux zones, l'une superficielle fibrineuse, l'autre profonde fibreuse. Celle-ci renferme des amas tuberculeux embryonnaires ou caséux. La deuxième, plus large que la précédente, n'est autre chose que la couche sous-péricardique ; elle est uniquement constituée de vésicules adipeuses. Quant à la troisième couche, elle répond au myocarde. Par places, entre les faisceaux de fibres on aperçoit quelques stries parallèles de vésicules graisseuses. Les fibres musculaires paraissent intactes ; elles n'ont subi aucune espèce de dégénérescence et ont conservé leur disposition et leur striation normales.

Exencéphalie. — Fissures faciales.

M. CHAVANE présente un fœtus malformé dont M. Guéniot a entretenu l'Académie de médecine. Outre une exencéphalie, il y a une double fissure génienne, expliquée, pour M. Guéniot, par un défaut de coalescence entre les bourgeons maxillaires supérieur et inférieur.

Dans les fentes et autour de la masse cérébrale s'insère une bride amniotique. Les fentes faciales étant asymétriques, M. Chavane se demande s'il n'y a pas, par le fait de la bride, une section de siège atypique.

M. BROCA fait observer qu'à droite la fente va de la commissure labiale à l'angle externe de l'orbite ; c'est bien à peu près le trajet de la première fente branchiale. Mais à gauche elle débute en avant de la commissure et va au milieu de la paupière inférieure. C'est donc, soit le colobome de la lèvre supérieure soit la fissure, très rare, qui passe entre la canine et la première molaire. La dissection du squelette est indispensable pour élucider ce point.

DÉCEMBRE

Séance du 6 décembre 1889.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL

Tumeur fibreuse de l'utérus empêchant l'extraction du placenta après un accouchement d'un enfant mort-né, par le Dr LESUEUR (de Bernay).

M^{me} O..., journalière âgée de 39 ans, d'une santé délicate, était souvent atteinte de bronchite. En 1880, elle avait fait, sans cause connue, une fausse couche de 2 mois environ, et depuis 8 ou 9 ans elle se plaignait dans le côté droit du ventre de douleurs qui ne l'empêchaient pas cependant d'aller à ses journées.

Au mois de février de cette année, elle devient enceinte de nouveau, et prenant beaucoup de précautions pendant sa grossesse, elle arrive au 9^e mois, ayant éprouvé vers la fin surtout une bronchite avec crachats sanguinolents.

Le 15 novembre, état général mauvais, faciès altéré, pouls fréquent, la sage-femme appelée constate un col dur, dilaté comme une pièce de 1 franc et une présentation du sommet. Depuis quelques jours les mouvements du fœtus n'étaient plus sentis.

Les 10 et 17. Douleurs très faibles ; le 18, rupture des membranes, eaux fétides et verdâtres.

Le 19. Douleurs plus régulières ; je suis mandé le soir, la malade est très oppressée, crache du sang et éprouve de vives douleurs dans les reins.

Le 20. Accouchement d'un enfant mort-né et putréfié.

Après l'accouchement, point de douleurs utérines, le cordon, noir, putréfié ne peut servir à aucune traction, le toucher permet de constater dans le col une masse dure *qui n'est point le placenta*, le col est contracturé sur sa masse. Position horizontale, préparations belladonnées et opiacées injections phéniquées.

L'état général est mauvais, mais le ventre n'est pas sensible, on continue les injections phéniquées, et on administre du sulfate de quinine.

Le 26. Frissons violents, deux vomissements verdâtres, le ventre reste sans douleurs, sans ballonnement, dans l'après-midi, douleurs utérines, la masse dure s'engage dans le col.

Le 27. Les frissons continuent, le col se dilate davantage et à

3 heures de l'après-midi la masse est extraite avec des tractions assez fortes. Cette masse est une tumeur fibreuse. Derrière cette tumeur fibreuse, en arrière et à droite, se trouve le placenta adhérent qui est extrait assez facilement.

L'écoulement les jours suivants est très fétide, on continue les injections phéniquées et le sulfate de quinine. Peu à peu l'état général s'améliore, le 30 novembre, le pouls est à 108, la langue bonne et humide, la malade désire prendre de la nourriture. Bientôt la convalescence s'accroît et la malade ne tarde pas à se lever.

Note sur un cas d'adénome du rein, par M. A. SOUQUES,
interne des hôpitaux.

Le nommé J. Har..., âgé de 60 ans, inspecteur de la Société protectrice des animaux, entre le 31 juillet, salle Lasègue, 26, dans le service de M. le Dr Chauffard.

Ses *antécédents héréditaires* ou personnels ne présentent aucun fait notable. Il souffrait d'une affection cardiaque dont le début semble remonter à un an. En mars dernier, l'essoufflement et les palpitations se seraient accrues ; des phénomènes nouveaux, tels que l'œdème et la rareté des urines, traduisant une rupture de compensation, auraient apparu. L'œdème aurait gagné progressivement les membres supérieurs, et, en avril, le malade serait rentré à l'hôpital St-Antoine.

Après un court séjour et un traitement approprié, il put quitter l'hôpital ; mais les accidents ayant reparu, il fut obligé de rentrer à l'hôpital Broussais, en pleine attaque d'asystolie.

Lorsque, sous l'influence du traitement et du repos, ces accidents se furent amendés, on put constater les signes physiques d'une affection aortique, accompagnés d'anasarque et de congestions viscérales passives.

Durant son séjour, l'état du malade passa par diverses alternatives d'aggravation et d'amélioration, et finalement la mort arriva le 24 septembre, au milieu du syndrome de la cachexie cardiaque.

Jamais aucun phénomène n'avait appelé l'attention du côté du rein : ni douleurs ni hématurie, ni tumeur d'aucune sorte, de telle manière que la lésion rénale fut, comme c'est la règle en pareil cas, une vraie trouvaille d'autopsie.

AUTOPSIE. — Le cœur est volumineux, la valvule mitrale assez dilatée ; elle est peu intéressée : un léger épaississement du bord libre sans rétraction cicatricielle.

L'aorte présente une dilatation cylindroïde de la crosse sans insuffisance sigmoïde. Toute sa face interne est tapissée de plaques d'athérome, irrégulières de forme, calcifiées en partie. Ces plaques descendent jusque dans le fond des nids sigmoïdes. L'orifice des coronaires n'est pas oblitéré ; mais ces vaisseaux sont durs, rigides et rétrécis.

Le cœur droit est dilaté et renferme quelques caillots agoniques.

Le foie offre à un faible degré les lésions du foie cardiaque.

Les *poumons* ne présentent aucune altération appréciable.

Les reins présentent des lésions intéressantes. Le *rein gauche* est de poids et d'aspect normaux. Sa capsule se décortique aisément, on

n'y voit aucune trace de lobulation, mais deux kystes du volume d'une noisette. Le *rein droit* pèse 240 gr. Il se présente sous un aspect normal à la partie inférieure. A son extrémité supérieure, on aperçoit quelques bosselures agglomérées, du volume d'une noix environ et correspondant à des lésions intérieures que nous allons décrire plus loin.

La *capsule* se décortique assez facilement, sauf au niveau de ces bosselures, où la décortication entraîne des lambeaux de substance rénale et met à nu une substance néoplasique.

Sur une coupe longitudinale et transversale du rein, allant du hile au bord externe, on sectionne un néoplasme qui, sur la coupe, se présente sous la forme d'une tumeur, occupant la moitié supérieure de la surface rénale, de la grosseur d'un œuf de poule, de couleur blanc grisâtre, formée par l'agglomération d'une série de nodules indépendants.

Ces nodules ont un volume très variable (pois à cerise); leur forme est arrondie ou ovale; ils se touchent et ne sont séparés que par une bande épaisse de tissu conjonctif qui les enkyste séparément et les isole les uns des autres. Au toucher, la plupart sont fermes et résistants, légèrement grenus. D'autres sont ramollis, dégénérés, brunâtres, formant des foyers analogues à ceux de l'hémorrhagie cérébrale. Autour de ces néoplasmes multiples, volumineux, unis et séparés par des tractus fibreux, se voient quelques petits nodules du volume d'un grain de millet, siégeant dans la substance corticale et séparés de la masse centrale par du tissu rénal sain en apparence.

L'aspect de l'ensemble de la coupe rappelle celui du cancer en amande du foie, si on fait abstraction des tractus fibreux reliant les nodules.

La masse centrale ne semble pas située dans la portion corticale, mais immédiatement en dedans de celle-ci, en plein parenchyme médullaire, substituée qu'elle est aux pyramides de Malpighi et aux colonnes de Bertin dont il n'existe plus de trace. La substance corticale est envahie dans les petits îlots que nous avons signalés.

Cette tumeur présente les dimensions suivantes : dans le sens vertical, 6 cent., et cinq dans le sens transversal.

Sur une coupe transversale et antéro-postérieure du rein, au niveau de l'adénome, on voit que la masse morbide s'étend à peine en certains points dans la substance corticale, qu'en d'autres points elle l'envahit totalement et apparaît à la surface du rein pour former sous la capsule des bosselures externes que nous signalons dès le début. Ces bosselures répondent en général à des adénomes volumineux et ramollis au centre.

Du reste, sur cette coupe, l'aspect du néoplasme est toujours le même : noyaux adénomateux encapsulés par une enveloppe fibreuse résistante.

Les *ganglions voisins* ne sont pas intéressés.

La *capsule surrénale* est intacte.

Les *vaisseaux rénaux* présentent quelques lésions intéressantes. L'artère est normale.

La *veine* est obstruée incomplètement par un caillot fibreux, adhérent à la paroi par des adhérences fines et résistantes. Ce caillot s'étend du hile à l'embouchure de la veine dans le système cave infé-

rieur. Si on le poursuit dans le parenchyme rénal, on constate qu'il ne se prolonge pas dans toutes les branches d'origine de la veine rénale, mais dans une seule se dirigeant vers l'extrémité supérieure du rein. Il est à remarquer que le système veineux cortical n'est pas plus développé qu'à l'état normal.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Nous avons fait de nombreuses coupes, la plupart sur le rein droit, quelques-unes sur le rein gauche. Celles-ci ne nous ont révélé que des traces de sclérose rénale diffuse.

Sur le rein malade, les coupes ont porté en deux points différents, au niveau des parties saines et au niveau du néoplasme.

Suivant le conseil de Sabourin (1) nous avons traité les coupes par l'éther. Sur les coupes ainsi préparées, on distingue les altérations suivantes : Les nodules adénomateux sont séparés par un tissu conjonctif adulte renfermant peu de noyaux. Dans ce stroma fibreux on voit de distance en distance des vaisseaux volumineux dont la paroi est épaissie. Par places, on distingue aisément de petits îlots dégénérés dont quelques-uns dépassent à peine le volume d'un tubulus et qui semblent au début de leur évolution.

Du côté du parenchyme rénal, le stroma se perd insensiblement entre les tubes voisins, qui sont du reste en grande partie détruits à ce niveau. Du côté du néoplasme, le stroma semble émettre de nombreux prolongements fins et déliés, qui se divisent et se subdivisent pour circonscrire un grand nombre de loges arrondies ou ovalaires, de grandeur variable, complètement isolées ou communiquant entre elles et remplies par des cellules sur la nature desquelles nous allons revenir. C'est une véritable disposition aréolaire.

Sur quelques préparations, les cellules qui remplissent les mailles de ce réticulum, ont disparu à la suite de diverses manipulations ; ailleurs au contraire, elle sont tassées, serrées les unes contre les autres. Ces cellules sont déformées par pression réciproque ; elles ont cependant la forme cylindrique. Leur noyau est le plus souvent unique et prend mal les couleurs d'aniline.

Sur des coupes portant sur les portions du rein en apparence saines, on remarque très nettement des lésions de sclérose diffuse. Au niveau des glomérules, la capsule de Bowmann est épaissie et de fines irradiations de tissu conjonctif en partent pour s'infiltrer entre les tubuli voisins. Les glomérules sont du reste inégalement atteints, les uns paraissent à peine intéressés, les autres sont légèrement touchés, d'autres enfin ont complètement subi la transformation fibreuse, en formant çà et là des îlots de sclérose. Ce n'est qu'avec un fort grossissement qu'on se rend compte de l'origine de ces îlots. Ce tissu de sclérose est un tissu adulte.

Ailleurs, au centre de ces îlots de sclérose, se voit la coupe d'une artère dont les tuniques sont très épaissies et fibreuses.

Ailleurs enfin, la lésion est tellement avancée qu'il est impossible de dire si elle a débuté au niveau de ces glomérules ou d'une artériole.

Au milieu de ces îlots, on trouve quelques vestiges de tubuli dégénérés, en voie de disparition ou de transformation. D'une façon générale, l'épithélium des tubuli est plus ou moins altéré.

(1) SABOURIN. *Revue de méd.*, 1884 et *Archiv. physiologie*, 1882.

En résumé, sclérose rénale diffuse plus marquée au niveau des glomérules et des grosses artères. Épithélioma cylindrique du rein non généralisé, bénin.

En effet, le caillot qui obstruait la veine rénale ne présente aucune transformation néoplasique, pas plus du reste que les parois du vaisseau.

RÉFLEXIONS. — L'observation que nous venons de rapporter nous semble intéressante à plus d'un titre.

Sans parler de la latence de la tumeur, qui est de règle en pareil cas, nous voulons faire remarquer qu'il s'agit bien ici d'un véritable adénome. Les nodules sont complètement enkystés, en voie de dégénérescence ou de ramollissement. Ce néoplasme n'a donné lieu à aucun symptôme appréciable. Au point de vue clinique, il reproduit exactement la physionomie de l'adénome du rein.

D'autre part, au point de vue anatomo-pathologique il rappelle aussi bien l'aspect de l'adénome. L'enkystement capsulaire, l'absence de ganglions en font foi.

Et pourtant au point de vue microscopique, rien ne le distingue du cancer. Il s'agit en effet d'un épithélioma à cellules cylindriques, primitif, bénin. Cette bénignité habituelle n'est pas constante. Plusieurs exemples de généralisation ont été cités ; nous ne rappellerons que celui qui est rapporté par Sabourin et Ettinger dans la *Revue de médecine*, 1885. C'était un adénome volumineux du rein ayant donné lieu à des productions de nodules secondaires dans les poumons.

Dans notre cas, il n'existait pas de généralisation, mais on peut facilement la concevoir. La veine rénale était déjà obstruée en partie par suite de compression. Le tissu néoplasique aurait très probablement gagné de proche en proche et la paroi de la veine et le caillot fibrineux. A partir de ce moment la porte était ouverte à la généralisation.

On peut donc dire, en résumé, que l'adénome du rein n'est d'habitude, au point de vue clinique, qu'une tumeur bénigne ; au point de vue anatomique qu'un épithélioma non généralisé ; mais que dans quelques cas, sous des influences mal connues, il peut se comporter sur place et à distance comme une tumeur maligne.

Épithélioma polykystique de l'ovaire gauche, par
A. CHIPAULT, aide d'anatomie.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société provient d'une malade opérée hier matin par M. le professeur Trélat. J. Thérèse, 36 ans. Antécédents héréditaires nuls. Réglée à 12 ans, puis régulièrement. Elle eut une santé excellente, jusqu'à l'âge de 25 ans, où elle maigrit peu à peu sans cause apparente; à 31 ans, à la suite d'une grande frayeur, suppression brusque des règles, et 8 jours après, eczéma (?) de la joue gauche qui dura une année.

En février 1889, névralgies intercostales droites, survenues dans l'intervalle des règles, et qui devinrent plus vives à la suite des époques. La malade consulta un médecin qui découvrit dans l'abdomen une tumeur volumineuse, passée jusque-là inaperçue, et fit porter une ceinture. Depuis, la tumeur augmenta beaucoup et causa, au début du mois d'octobre, une poussée de douleurs dans le bas-ventre, qui dura deux ou trois jours.

Le 26 octobre, après les règles, nouvelles douleurs qui durèrent 1 jour. De même après les règles du 20 novembre, en avance de 5 jours sur leur date prévue.

En dehors de ces accidents douloureux passagers, développement indolent de la tumeur.

Entrée à l'hôpital le 2 décembre.

Ventre étalé, volumineux. Le palper fait découvrir dans le flanc droit une tumeur grosse comme une tête d'adulte. Dans le flanc gauche, on en sent une autre, au moins aussi grosse, puis une petite au-dessus du pubis. Entre ces deux dernières se trouve encore une nodosité, grosse comme une pomme d'api.

La masse droite vient affleurer sur une étendue de 6 cent. en verticale, sur 8 en transversale. La masse gauche se rapproche de la surface sur l'étendue d'une pièce de 5 francs, la masse inférieure n'affleure pas et la nodosité intermédiaire ne peut être sentie que par un palper tout à fait profond.

Les 3 tumeurs principales paraissent mobiles dans le sens vertical et dans le transversal. Leur surface, sans être lobulée, est peu régulière. Elles ne sont pas fluctuantes. Elles sont entourées d'un liquide dont la matité descendant jusqu'au pubis, remonte à 6 cent. au-dessus de l'ombilic et va dans le flanc droit à 17 cent., dans le flanc gauche à 18 cent. de la ligne médiane. Le liquide ne paraît pas traversé par des cloisons, car le flot le renvoie sans peine d'une partie à l'autre de la zone mate, et contourne, dans ce trajet, les parties affleurantes des deux masses principales. Flancs sonores. La matité hépatique est nettement séparée de celle du néoplasme. Petits ganglions inguinaux droits et gauches, mobiles, non douloureux, cependant remarqués par la malade et apparus depuis quelques mois. Ganglions axillaires droits.

Le toucher vaginal, difficile à cause de la persistance de l'hymen, montre un utérus normal et des culs-de-sac vides.

Pas de troubles digestifs. Rien du côté des poumons ou de la plèvre. Pas de douleurs, même au palper, sauf à la partie interne de la tumeur gauche. Amaigrissement sans cachexie.

Opération le jeudi 5 décembre 1889. — Longue incision abdominale, et aussitôt écoulement de 6 à 7 litres de liquide hématique. Section de quelques adhérences épiploïques, entre deux ligatures. Les anses intestinales apparaissent rouges, quelques-unes sont recouvertes de fausses membranes, de péritonite récente. La tumeur est extraite de l'abdomen, assez difficilement à cause de son volume ; mais il n'y a pas d'autres adhérences que les adhérences épiploïques déjà indiquées et le pédicule, formé par la trompe un peu augmentée de volume, par d'énormes veines utéro-ovariennes est facilement serré, auprès de la corne utérine gauche, dans une ligature à la soie plate, et sectionné.

Au cours de l'extraction, un kyste très mince, à contenu puriforme, s'est ouvert. Le liquide a été reçu sur des éponges qui entouraient le pied de la tumeur. Lavage du péritoine à l'eau bouillie. Sutures au fil d'argent. Pansement iodoformé. L'opération a duré 30 minutes.

La tumeur est composée de plusieurs kystes (4 gros et une grande quantité de petits) contenant les uns du sang, les autres de la sérosité, les autres du liquide puriforme. Les uns ont des parois très minces, les autres de plus épaisses, et en ouvrant ces derniers on voit que leur cavité est en partie obstruée par des masses épithéliales, moins bourgeonnantes et plus lisses qu'elles ne sont habituellement dans ces tumeurs en dégénérescence.

La tumeur polykystique est manifestement ovarique. La trompe sectionnée vient s'épanouir sur la surface de la tumeur, au niveau d'un des gros kystes, en n'y adhérant que par deux de ses franges. Le ligament de l'ovaire est retrouvé, tout près de ce point.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait bien d'un épithélioma kystique.

M. CORNIL. J'ai fait la semaine dernière deux autopsies de tumeurs de l'ovaire généralisées. Dans un de ces cas, la tumeur était représentée par une masse du volume d'une tête d'adulte. Cette masse polykystique présentait des végétations dans l'intérieur des kystes, et à leur surface externe. On retrouvait ces mêmes végétations sur toute la surface du péritoine.

Dans l'autre, la cavité péritonéale était partagée en deux grandes loges séparées par le grand épiploon. La loge supérieure était à peu près intacte, la loge inférieure était complètement tapissée de bourgeons néoplasiques. Le liquide contenu dans cette loge était sanguinolent et rempli de grumeaux. J'ai trouvé dans ce dernier fait deux ganglions lombaires tout à fait cancéreux. Il y avait eu généralisation au péritoine avec infection ganglionnaire.

M. TUFFIER. J'ai vu dernièrement une de ces formes de kystes dans laquelle le péritoine envahi était converti en de nombreuses poches que j'ai été obligé de ponctionner les

uns après les autres. Il y avait des plaques néoplasiques jusque sur l'estomac et l'intestin.

M. DOLÉRIS. J'ai observé assez fréquemment les tumeurs de l'ovaire généralisées au péritoine, mais je n'ai pas encore vu de généralisations aux autres organes, foie, rate, etc., ni aux ganglions.

M. CHIPAULT. J'ai observé, l'an dernier dans le service de M. Tuffier une malade de soixante ans, porteur depuis 10 ans d'un kyste de l'ovaire ayant débuté du côté gauche, et devenu énorme. Cette malade avait de petits ganglions sus-claviculaires et carotidiens gauches, mais surtout deux gros ganglions sous maxillaires de ce côté; ces ganglions s'étaient développés dans les deux derniers mois de la vie. La malade avait en outre un noyau épithéliomateux du sein droit, datant de 4 ans, mais je ne crois pas qu'il puisse expliquer les ganglions sous-maxillaires du côté opposé. L'autopsie n'a pu être faite, c'est là un cas rare d'adénopathie externe à distance dans un cancer viscéral. Plus connue et plus commune est cette adénopathie dans le cancer de l'utérus. Belin en rapporte dans sa thèse une dizaine de cas; dans 7 les ganglions étaient sus-claviculaires gauches. M. Dumontpallier avait il y a trois ans, dans son service de l'Hôtel-Dieu, une femme d'une quarantaine d'années, qui mourut avec une épithélioma du col à forme hémorragique. Un mois à peu près avant la mort, alors que l'épithélioma était depuis longtemps connu et inopérable, apparut un ganglion sus-claviculaire gauche, gros comme une noix, dur, mobile, gênant beaucoup la malade, qui accusait des troubles laryngés et pulmonaires, sans doute par compression du pneumogastrique.

**Cancer du testicule droit, par M. Z. SPIVACOFF, interne
à l'hôpital Rothschild.**

Le nommé Levensky Samuel, âgé de 59 ans, marchand de profession, entré le 20 octobre 1889, dans le service de M. Marc Sée, raconte que depuis 34 ans il avait une hernie scrotale droite pour laquelle un médecin anglais lui avait conseillé le port d'un bandage. Il y a 10 mois, il s'aperçut que ses bourses commençaient à s'indurer et à augmenter progressivement de volume du côté droit.

Le 20 octobre à cinq heures du matin, il fut pris subitement d'une douleur vive et lancinante à ce niveau, accompagnée d'un gonflement

considérable de la tumeur. Alarmé, il vient à 8 heures du matin à l'hôpital de Rothschild et présente les symptômes suivants : état nauséux, constipation depuis trois jours, facies anxieux, pas de température, ni vomissements, ni symptômes généraux.

Au niveau de la région inguino-scrotale on constate une tumeur oblongue se prolongeant sur le trajet du cordon et englobant tout le testicule droit, du volume d'un poing, d'une consistance dure à sa base et fluctuante en apparence vers sa partie supérieure.

Dans l'idée d'une hernie étranglée on fit des applications de glace sur la tumeur, et le malade fut purgé sans résultat notable. M. Sée ayant constaté que le pédicule ne se prolongeait pas dans le canal inguinal et supposant qu'il pouvait s'agir d'une hématocele, suite d'une hydrocèle ancienne, fit une ponction aspiratrice avec une seringue de Pravaz qui ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang noir.

On continue des applications froides (glace et cataplasmes) qui n'amènent aucune modification soit dans le volume, ou dans la consistance de la tumeur.

Le 17 novembre, M. Marc Sée pratiqua une incision suivant le grand axe de la tumeur, et après avoir divisé les couches très épaissies des bourses, mit à découvert le testicule considérablement augmenté de volume et transformé, ainsi que son cordon, en une masse de consistance gélatineuse, infiltrée de sang noir, qu'il extirpa en plaçant une ligature au-dessus d'elle, sur la partie saine du cordon. Suture de la plaie du scrotum à l'exception de sa partie supérieure, laissant passer la ligature jetée sur le cordon.

Pansement au bismuth.

Réunion immédiate et guérison en huit jours, sauf l'orifice qui livre passage au fil.

Examen histologique, par M. TOUPET. — A un faible grossissement, on trouve en allant de la périphérie vers le centre une tunique albuginée hypertrophiée dont les couches sont dissociées et au-dessous de cette tunique, des travées fibreuses qui pénètrent dans un tissu qui n'a pas du tout les apparences du parenchyme testiculaire. On ne trouve plus de vestige des tubes séminifères. Ils sont remplacés par une sorte de réticulum limité par des travées conjonctives assez larges et remplies d'éléments dont les noyaux sont assez fortement colorés. Au niveau des grosses travées on trouve des vaisseaux (artères et veines) complètement remplis de sang.

Si on examine à un plus fort grossissement, on voit que les travées des réticulums sont constituées par un tissu conjonctif jeune.

Quant aux éléments contenus dans les mailles, ils sont extrêmement volumineux, de formes diverses. Les noyaux ne se colorent ni par l'hématoxyline, ni par le carmin.

De ces diverses constatations, il résulte qu'il s'agit probablement d'une tumeur carcinomateuse avec mortification des éléments à la suite d'un trouble circulatoire.

Séance du 13 décembre 1889.

PRÉSIDENTE DE M. CORNIL

M. TESTUT fait hommage à la Société d'un travail sur l'*apophyse sus-épitrochléenne chez l'homme* et d'un mémoire sur la *myologie des Fuégiens*. La Société anatomique vote des remerciements à M. Testut.

Anévrysme de l'aorte thoracique chez un syphilitique.
— (Névralgie lombo-abdominale. — Ensellure lombaire), par M. LÉTIENNE, interne des hôpitaux.

Vincent S..., représentant de commerce, âgé de 33 ans, entre le 23 novembre 1889 à la maison Dubois, dans le service de M. Lecorché.

Ses *antécédents héréditaires* sont inconnus. Dans son *histoire personnelle*, un seul fait important : une syphilis, contractée, il y a 12 ans, à l'âge de 21 ans. Pendant dix ans, elle ne se manifesta qu'à de rares intervalles par des poussées éruptives. Quelques cicatrices disséminées en divers points du corps, plus nombreuses à la fesse et à la cuisse droites, en sont la trace. Il suivit un traitement méthodique conseillé par Ricord, dont le dernier avis fut la cessation complète de tout médicament. Le mal était considéré comme guéri.

Vers la fin de 1888, des douleurs survinrent très vives, dans les lombes et dans toute la partie gauche de l'abdomen. En 1889, elles reparurent à diverses reprises plus intenses encore, et à intervalles plus rapprochés. Seules, parmi les médications multiples qui furent employées, les pointes de feu semblaient être suivies d'une amélioration. Ce fut au cours d'une de ces crises douloureuses, qu'il vint dans le service de M. Lecorché.

A son *entrée*, il ne se plaint que de souffrances dans la région lombo-abdominale gauche. Le ventre est souple et sonore partout. La palpation, que le malade tend à éviter d'ailleurs, n'indique rien d'anormal. Les poumons paraissent sains. Les battements du cœur sont absolument normaux.

Les réflexes du genou sont extrêmement diminués, presque abolis. Les diverses sensibilités ne sont pas modifiées. Le malade a cependant parfois des troubles oculaires passagers. Il lui arrive, dit-il, de voir brouillé pendant un quart d'heure. L'examen superficiel des yeux ne donne aucune indication.

La station verticale et la marche sont très aisées. La colonne vertébrale présente une ensellure lombaire fort accentuée, sans déviation latérale. La pression sur chacune des apophyses épineuses du haut en bas de l'épine n'éveille aucune douleur. Le malade n'a jamais porté son attention sur cette cambrure anormale.

L'appareil urinaire est sain. Les urines émises pendant son séjour à l'hôpital n'ont contenu ni albumine, ni sucre, ni principes anormaux.

Leur quantité a oscillé constamment entre 1000 et 1500 centimètres cubes.

L'état général paraît satisfaisant.

La température est normale. A trois reprises régulièrement espacées, elle s'est légèrement élevée, sans jamais dépasser 38°,2.

Chaque jour le malade souffrait. Frictions, cataplasmes, pointes de feu furent alternativement employés sans succès. On en fut réduit à ordonner des piqûres de morphine. Les douleurs, fixes dans la région lombo-abdominale gauche, passèrent pendant deux jours dans la région symétrique droite, mais sans s'y établir nettement.

Le 5 décembre, à 8 heures du soir, les souffrances devinrent intolérables. Le malade osait à peine remuer dans son lit. Il devint très pâle, se refroidit puis perdit connaissance. Le collapsus dura un quart d'heure environ.

AUTOPSIE, 36 heures après la mort.

Le foie, la rate, l'estomac et l'intestin sont sains. Les reins sont fortement congestionnés. Le poumon droit pèse 550 gr. Sa base est le siège d'une congestion hypostatique marquée. Le poumon gauche, refoulé en haut et en avant, est très petit. Il pèse 270 gr. Il est perméable en tous ses points, et présente des boursoufflures d'emphyseme par places irrégulières. Pas de tubercules. Le péricarde et le cœur sont un peu dejetés à droite.

La plèvre gauche est remplie d'une grande quantité de caillots cruoriques en gelée. Ces caillots pèsent ensemble 1 kilogr. 400. Au-dessus du diaphragme, derrière l'aorte, une masse anévrysmale bilobée, à cheval sur les vertèbres, occupe l'angle postérieur des culs-de-sac pleuraux inférieurs. Elle est symétrique. Chacun de ses lobes est plus volumineux que le poing. La rupture s'est faite à gauche dans la partie la plus étroite du sinus costo-vertébral.

Les lobes de la tumeur anévrysmale sont extrêmement adhérents au diaphragme et aux vertèbres. Ils sont entourés d'une coque cellulaire assez épaisse.

L'aorte entière est enlevée avec l'anévrysme. Elle est dilatée depuis son origine jusqu'à la naissance des rénales, puis se rétrécit jusqu'à sa bifurcation terminale.

Circonférence interne de l'aorte :

Au-dessus des sinus de Valsalva.	8°,
Au niveau de la naissance des vaisseaux du cou	6°,8
Au niveau de la partie moyenne de l'aorte thoracique.....	8°,5

La face interne de l'aorte est parsemée de plaques d'athérome, jaunes, dures, de boursoufflements, de sillons, de brides fibroïdes longitudinales et de mamelons, les uns blanchâtres, les autres rosés. Vis-à-vis du tronc brachio-céphalique est une sorte de tubercule rouge, paraissant imbibé de sang.

Les intercostales s'abouchent au sommet de petits mamelons. A partir des rénales, l'aorte paraît être plus saine.

L'orifice du sac anévrysmal est régulièrement elliptique à bords lisses. L'endartère se continue comme à l'origine d'une branche artérielle normale. La paroi aortique est d'ailleurs reconnaissable dans la poche anévrysmale sur un rebord circulaire de 1 centim. environ. Le siège de cet orifice est médian et postérieur.

Orifice du sac :

Grand axe vertical.....	2° 5
Petit axe transversal.....	1° 8
De l'orifice à l'origine de l'aorte.....	18°
— à l'éperon des iliaques primitives...	10° 5
— à l'origine des rénales.....	3° 5

La poche anévrysmale est encombrée de caillots cruoriques ; elle est tapissée par une couche très mince, périphérique, de caillots actifs. Celle-ci est inégalement répartie : en ses points d'épaisseur maxima elle n'excède pas 4 à 5 millimètres.

Les corps des 11^e, 12^e vertèbres dorsales et de la 1^{re} lombaire sont absolument dénudés. Ces corps sont anfractueux ; ils présentent des excavations comme si, à dessein, on en eût enlevé des fragments avec une gouge. Certaines parties du corps de la 1^{re} lombaire sont même mobiles. Les altérations des corps vertébraux s'étendent d'avantage sur la partie latérale droite. Les disques intervertébraux ont résisté d'une façon parfaite à la désintégration. Les trous de conjugaison sont en dehors de la poche anévrysmale.

Le cœur a un volume normal. Le ventricule gauche est légèrement hypertrophié. Quelques plaques d'athérome siègent sur les valves aortiques, mais insuffisantes pour déterminer une gêne fonctionnelle appréciable.

Les centres nerveux n'ont pas été examinés.

Les lésions macroscopiques de ces pièces sont décrites à merveille dans tous nos livres, aussi l'intérêt de cette observation dérive-t-il surtout de sa signification clinique.

La notion étiologique est là confuse. Cet anévrysme est-il d'origine syphilitique ? Y a-t-il simple coïncidence ? Les faits ne peuvent résoudre le problème. Cet homme avait 33 ans. C'est l'âge moyen du maximum de fréquence des anévrysmes d'après les statistiques de Lisfranc et de Crisp. Aucun autre de ses organes ne porte de lésions syphilitiques en évolution. L'arbre artériel aurait-il été seul atteint ? La mise en cause de la syphilis ne peut être formellement assurée. D'autre part le traitement spécifique, que les observations prouvent efficace dans les lésions syphilitiques des artères, interrompu depuis deux ans, l'ancienneté des statistiques faites alors que l'influence de la syphilis sur la production des anévrysmes n'était pas encore prouvée, peuvent être arguments favorables à la cause syphilitique. La question reste donc ici en suspens.

Mais trois points d'une interprétation plus sûre sont dignes de remarque :

1° L'erreur que le développement symétrique des deux lobes de la tumeur anévrysmale faisait commettre en dimi-

nuant également d'un côté du thorax comme de l'autre la zone inféro-postérieure d'investigation pulmonaire.

2° La névralgie lombo-abdominale existant à l'exclusion de tout autre symptôme. La persistance, l'intensité et la localisation des douleurs rappellent le cas célèbre de Beatty et justifient l'insistance que mettent sur ce point et les auteurs anglais et Lecorché et Talamon dans leurs *Études cliniques médicales*.

3° Enfin la courbure anormale que cette colonne vertébrale présentait, courbure due à son extension exagérée et déterminant une ensellure que l'on peut dire compensatrice du manque de soutien des corps vertébraux.

Anévrysme du cœur, par M. DE GRANDMAISON, interne des hôpitaux, aide-préparateur du Laboratoire d'histologie.

Le cœur que je présente à la Société anatomique provient d'un malade mort il y a deux jours à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Dr Dumontpallier. Cet homme était entré dans la salle St-Louis, il y a dix jours, présentant les symptômes d'une dyspnée très intense, avec une teinte cyanotique très accentuée. Les urines, rendues en peu d'abondance, contenaient les premiers jours une quantité d'albumine très notable; mais ces jours derniers l'albumine n'a pas été retrouvée. Les jambes n'étaient pas œdématisées; mais le malade a présenté pendant quelques jours du refroidissement des extrémités, s'accompagnant surtout au niveau des doigts d'une cyanose très marquée. Quelque soin qu'on ait apporté à l'auscultation du cœur; jamais on n'a pu saisir ni les signes d'une péricardite, ni des symptômes de lésions orificielles. L'auscultation du poumon révélait aux bases des râles de congestion, mais rien autre chose.

Le 11 décembre. Le malade est mort dans la matinée, succombant aux progrès croissants de sa dyspnée.

Le 12. L'autopsie est faite par M. le professeur Cornil. Le cœur est gras, il pèse 750 gr. On constate l'existence d'une péricardite assez intense, et sur le feuillet viscéral la péricardite est très marquée et présente l'aspect de la langue de chat. Au niveau de la face antérieure de l'organe, sur le ventricule gauche et à gauche de l'artère coronaire antérieure, on constate l'existence d'une fissure qui s'est produite dans le muscle cardiaque. Cette déchirure a une longueur de 2 cent. 1/2 à 3 centimètres. Elle est légèrement curviligne et ses bords sont déchiquetés. De la fibrine s'est épanchée dans le péricarde par cette ouverture. Tout autour d'elle le tissu cardiaque est ramolli, et présente une teinte jaune verdâtre. On ouvre le ventricule gauche, qui est complètement rempli par de la fibrine et du sang en caillots. Débarrassé de ces caillots, le ventricule gauche présente sur sa paroi antéro-latérale droite une énorme masse rosée, traversée par des tractus blancs très nets. Cette masse a les dimensions d'un œuf de poule. Elle est nettement limitée vers la base du ventricule par un sillon circulaire qui la différencie très clairement du muscle cardiaque. En

introduisant une sonde cannelée par la rupture on passe facilement entre la masse pathologique et la paroi ventriculaire. Les autres parties du ventricule ne présentent rien d'intéressant à noter.

En faisant une coupe sur la masse, on constate qu'elle est exclusivement constituée par de la fibrine. Le tissu musculaire pariétal dissocié présente un état granuleux très marqué de ses fibres, et en traitant ces dissociations par l'acide osmique, on constate que les fibres sont remplies de granulations graisseuses. Un pilier du cœur examiné présente les mêmes altérations et il y a une dégénérescence granulo-graisseuse évidente de tout le muscle cardiaque, dégénérescence manifeste déjà macroscopiquement et reconnaissable à la teinte feuille-morte du cœur.

La valvule mitrale, les valvules sigmoïdes sont saines et ne représentent pas de plaques athéromateuses. En revanche, l'aorte présente des plaques d'athérome au niveau de l'origine des gros troncs artériels. Près de l'orifice de l'artère coronaire gauche, il y a également une légère plaque et en suivant avec des ciseaux le trajet de l'artère, à 2 cent. de son origine, on trouve un rétrécissement notable du vaisseau. On trouve également une petite plaque au niveau de l'origine de l'artère coronaire postérieure.

Le cœur droit ne présente rien de particulier; comme le cœur gauche, il est dégénéré, à l'œil nu on constate la couleur feuille morte de tout le muscle et au microscope on reconnaît la dégénérescence granulo-graisseuse des fibres.

Les autres organes sont malades, mais ne présentent pas d'altérations particulièrement intéressantes.

Le foie est gras et en dégénérescence graisseuse. Les reins sont légèrement scléreux, ils contiennent des infarctus uratiques qu'on suit très nettement en partant d'une papille et qui se présentent sous la forme d'une petite ligne blanchâtre.

La rate est petite et scléreuse.

L'intestin examiné présente des ecchymoses ayant les dimensions de gros pois, et répandues en nombre assez considérable sur la surface de la muqueuse.

Les poumons, emphysémateux, sont congestionnés aux bases.

Étant donné l'état spécial du muscle cardiaque, nous croyons être en présence d'un anévrysme du cœur.

La fibrine coagulée et réunie en une masse nettement délimitée, la présence d'un rétrécissement marqué non loin de l'origine de l'artère coronaire antérieure plaident en faveur de ce diagnostic et expliquent la production de la myocardite et finalement la rupture du cœur qui a dû s'opérer lentement. Toutes ces lésions réunies expliquent facilement l'asystolie terminale qui a causé la mort du malade.

Rétrécissement mitral. Hémiplegie droite et aphasie. Hémorrhagie intestinale. par M. A. SOTTES, interne des hôpitaux.

La nommée Saline B..., âgée de 39 ans, menacée, entre le 3 juillet 1889 à l'hôpital Broca, dans le service de M. le Dr Chauffard. Les renseignements que nous avons pu recueillir sur ses antécédents morbides sont très incertains. Nous avons appris seulement que deux jours avant son entrée, étant assise sur un banc, allaitant un enfant, elle avait été frappée d'un apoplexie.

A son arrivée, cette malade présentait les signes suivants. Les phénomènes d'itus avaient disparu. Elle avait retenu connaissance et sentait comprendre les questions qu'on lui faisait. Mais il lui était absolument impossible de répondre. Elle n'avait à sa disposition que le monosyllabe *pa*, qu'elle répétait sans cesse. Outre cette aphasie motrice, elle avait une hémiplégie droite complète avec participation du facial inférieur. Cette paralysie était flasque, sans troubles de la sensibilité. L'examen du cœur révélait des signes d'insuffisance et de rétrécissement mitral : roulement diastolique, souffle prolongé de la pointe et déboullement du second bruit. La relation des accidents était facile à établir : embolie d'origine mitrale ayant obstrué la sylvienn gauche et déterminé un foyer de ramollissement cérébral.

20 juillet. L'aphasie persiste dans le même état : c'est une aphasie purement motrice : la malade comprend ce qu'on lui dit, s'explique par une mimique expressive, lit un livre d'allemand. Il est difficile en raison de la paralysie du bras droit de savoir si elle sait écrire.

21 septembre. La motilité est revenue en partie, mais l'aphasie persiste. L'extension et la flexion de l'avant-bras sur le bras se font, quoique avec raideur. La marche est difficile, bien que possible. La malade détache difficilement le talon droit et se relève le membre tout d'une pièce. De là existent des signes de dégénérescence secondaire : légère exagération des réflexes, raideur des doigts, contracture secondaire de la face. Pas de tégibilité ophtalmique. On constate par hasard une grossesse de cinq mois. Rien d'attirer l'attention du côté de l'utérus : le fœtus est vivant. Pas d'albumine dans les urines.

15 novembre. Sans cause appréciable, la malade accouche prématurément d'un fœtus de 7 mois environ, expirant en bloc le fœtus mort et les annexes. Aucune espèce de complication, aucune suite fâcheuse ; la température ne dépasse pas 37° 5. L'utérus revient progressivement sur lui-même.

28 novembre. La malade, dont la physionomie avait repris son aspect habituel, qui semblait en bonne santé, est prise tout à coup, sans cause connue, de phénomènes graves. Vers sept heures du matin, elle devient pâle, froide, ses traits sont profondément altérés. A la visite, on la trouve avec un faciès tiré, peritoneal, avec de la cyanose et du refroidissement des extrémités. La température rectale ne dépasse pas 37°. Vomissements jaunâtres, plusieurs selles involontaires, bilieuses. L'idée d'empoisonnement, qui venait à l'esprit, est bientôt écartée. D'autre part, comme le ventre n'était ni ballonné, ni douloureux, comme l'examen des viscères ne révélait rien d'anormal, le diagnostic de perforation intestinale, d'abord agité, resta en sus-

Le soir, le collapsus est encore plus prononcé ; il y a un léger ballonnement douloureux du ventre ; les vomissements et la diarrhée ont cessé. On prescrit une piqûre de morphine et une vessie de glace sur l'abdomen. A deux heures du matin, la malade meurt dans un collapsus algide.

AUTOPSIE. — L'autopsie est faite le 1^{er} décembre. A l'ouverture de l'abdomen, on ne trouve dans la poitrine aucun épanchement liquide ou gazeux, aucune trace de perforation, aucun étranglement interne ou herniaire.

L'intestin est distendu par les gaz, légèrement ecchymotique au niveau de l'iléon. Après l'avoir détaché des insertions mésentériques et incisé, on trouve dans l'intestin grêle, une hémorrhagie peu abondante, constituée par un sang liquide et rouge. Après l'avoir lavé, on constate qu'il est sain, sauf en deux ou trois points où on aperçoit de petites ecchymoses. L'une d'elles, du volume d'un gros pois, forme un foyer rougeâtre, saillant et ouvert dans la cavité intestinale.

Le cœur est légèrement hypertrophié (340 gr.). L'orifice mitral très rétréci, laisse à peine passer un crayon. Les bords en sont durs, rugueux, calcifiés ; les piliers sont très rétractés. Sur le bord libre et sur la face auriculaire, on aperçoit des végétations molles, verruqueuses, framboisées, origine probable de l'embolie cérébrale. L'oreillette gauche est très dilatée ; le ventricule correspondant un peu hypertrophié. L'orifice aortique est normal et suffisant, l'aorte saine. Rien à noter dans le cœur droit.

Les reins sont de volume et d'aspect normal.

La rate est saine.

Le foie ne présente rien de particulier ; la vésicule biliaire renferme une quarantaine de calculs du volume d'une petite noisette.

L'utérus encore assez volumineux est en voie d'involution. Il ne présente aucune altération. Les annexes et le petit bassin sont normaux.

Le cerveau offre à considérer des lésions intéressantes. L'hémisphère gauche présente une dépression très étendue, siégeant au-dessus de la scissure de Sylvius. Au niveau de cette dépression, la pie-mère et l'arachnoïde sont adhérentes à la substance cérébrale sous-jacente ; on ne peut les arracher sans entraîner des fragments de circonvolutions ramollies.

En effet, en ce point, siège un foyer de ramollissement blanc grisâtre, mesurant dix centimètres de long sur trois de haut.

Ce foyer occupe exactement le tiers postérieur de la circonvolution de Broca, l'extrémité inférieure de la frontale et de la pariétale ascendante, ainsi que la moitié du lobule pariétal inférieur. Le ramollissement est complet et a détruit totalement la partie des circonvolutions qu'il intéresse, à savoir : la totalité de la substance grise, et une partie de la substance blanche sous-jacente.

La sylvienne gauche est oblitérée par un caillot dur, qui la distend ; ce caillot commence à l'hexagone de Willis et peut être suivi jusqu'à l'origine du foyer.

Dans l'hémisphère droit, on n'aperçoit aucune espèce d'altération ; la sylvienne est saine.

Les ganglions centraux ne sont pas touchés, le reste de l'encéphale est indemne.

RÉFLEXIONS. — Cette observation, intéressante surtout au point de vue clinique, nous semble comporter quelques réflexions. L'enchaînement des symptômes est parfaitement net : lésion mitrale, embolie cérébrale, hémiplegie droite et aphasie. Tout ce complexe est classique et connu depuis longtemps. Sans doute, la cause de la maladie mitrale nous échappe, en raison de l'absence de renseignements suffisants. L'aphasie est ici un type de logopédie pure et pour ainsi dire complète. La malade, d'origine allemande, aurait parlé l'allemand et le français ; après son ictus il ne lui restait plus que le monosyllabe *ya* ; mais elle comprenait et lisait les deux langues.

Il est bien vraisemblable qu'elle n'avait pas plus d'agraphie que de cécité et de surdité verbale. Du reste, le siège des lésions anatomiques donne la clef de ces dissociations : seul des centres divers du langage, le centre de l'articulation des mots est lésé.

Si jusqu'ici les altérations nécroscopiques rendent compte du syndrome clinique cardio-cérébral, il n'en est pas de même de la cause de la mort rapide. L'hémorrhagie intestinale était bien minime, les lésions intestinales bien banales, et trop peu étendues pour expliquer la rapidité de la mort et le cortège symptomatique grave qui l'a précédée.

D'autre part, pas trace de péritonite, d'occlusion ou de perforation intestinale ; pas d'empoisonnement admissible.

De telle sorte que, faute de mieux, nous sommes obligés de faire intervenir cette hémorrhagie intestinale. Cependant, cette hypothèse ne nous semble pas satisfaisante, et nous laisse quelques doutes dans l'esprit.

M. CORNIL. Il n'est pas toujours facile de se rendre compte à l'autopsie des causes de la mort. Je prends par exemple les phthisiques. Les uns ne meurent que lorsque leur poumon presque entier est envahi, chez d'autres au contraire, c'est à peine si le 1/4 de l'organe est pris, pourquoi cette différence ?

Ici nous avons un rétrécissement mitral, une oblitération de la sylvienne et des accidents utérins qui n'ont pas déterminé de fièvre, mais qui ont pu cependant être la cause d'un certain degré d'infection. Toutes ces causes réunies ont pu concourir à amener la mort sans qu'il soit possible d'incriminer plus spécialement l'une d'elles. Ici les lésions sont encore assez prononcées, dans beaucoup d'autopsies on en

trouve qui sont accusées, parfois même on n'en découvre aucune.

Mal de Bright. — Thrombus blanc du cœur. — Infarctus du poulmon. — Urémie dyspnéique et granulie pulmonaire, par M. A. SOUQUES, interne de hôpitaux.

La nommée Constance Rel., âgée de 21 ans, domestique, entre le 29 novembre 1889, salle Gubler, n° 10, dans le service de M. le Dr Chauffard. Cette malade n'offre aucun antécédent pathologique. Il y a deux ans, elle eut une première grossesse. Au mois d'août dernier, elle accouchait à terme d'un fœtus qui ne vécut que quelques secondes. Au cours de cette seconde grossesse, elle présenta de l'œdème des jambes. Avait-elle à cette époque de l'albuminurie dans les urines ? Nous n'avons pu le savoir. Quoi qu'il en soit, l'accouchement se fit sans convulsions éclamptiques et les suites de couches furent normales. Après l'accouchement, l'œdème des jambes ne disparut point : l gagna même les cuisses et la paroi abdominale. Simultanément, la malade était en proie à une dyspnée intense. L'œdème et la dyspnée tels furent les symptômes qui le décidèrent à rentrer à l'hôpital.

A son entrée, on constatait le syndrome de Bright. Les urines étaient rares, sales, et fortement albumineuses (3 gr. par litre) L'œdème était généralisé ; il distendait les membres inférieurs, la face et la paroi de l'abdomen. Seuls les membres supérieurs et les séreuses viscérales étaient respectés. En effet, on ne trouvait ni ascite, ni épanchement pleural, ni râles d'œdème dans la poitrine. Et pourtant la malade, continuellement assise sur son lit en orthopnée violente, semblait menacée de suffocation. La respiration était courte, anxieuse ; la face légèrement violacée, les extrémités refroidies. A l'examen du cœur, on trouvait cet organe un peu hypertrophié et on entendait dans toute sa région précordiale un bruit de galop des plus nets. En présence de ce complexe clinique, le diagnostic devait être et fut : mal de Bright d'origine puerpérale, urémie à forme dyspnéique. La malade fut soumise au régime lacté exclusif et à un traitement révulsif approprié. Néanmoins, durant les douze jours qu'elle resta à l'hôpital, il n'y eut dans son état aucune espèce d'amélioration. L'orthopnée devint de plus en plus vive ; les urines de plus en plus rares.

Le 11 décembre, cette femme succombait au milieu de symptômes asphyxiques.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du cadavre, il s'écoule du *péritoine* une petite quantité de liquide transparent, et de la plèvre droite quelques centaines de grammes d'épanchement citrin.

Le feuillet viscéral de la *plèvre* est adhérent au feuillet pariétal, au niveau des deux sommets du poulmon. Dans le reste de son étendue, la plèvre gauche présente un aspect normal. A droite, au contraire, et à la base, on rencontre quelques fausses membranes peu adhérentes, de date récente. En ce point, la plèvre viscérale est plissée en long et n'offre pas de granulations tuberculeuses appréciables.

Les *poumons* présentent deux ordres de lésions. Les unes sont constituées par des infarctus sous-pleuraux. Au nombre de quatre à cinq pour chaque poulmon, ces infarctus sont noirs, durs, du volume

d'une noisette ou d'une noix. Ils siègent de préférence au niveau des bords antérieurs et des scissures interlobaires. Une section de ces infarctus permet d'en distinguer la forme pyramidale et le mode de production. Sur l'un d'eux, la coupe passe précisément entre la bronche et l'artère sublobulaire. La bronche apparaît béante et saine ; l'artère est oblitérée par un caillot dur, noirâtre, et au-dessous de cette obstruction, s'étale l'infarctus. Ailleurs, sur des coupes transversales, la section de l'artère est très manifeste ; on y distingue nettement le caillot obturateur qui le remplit. Outre ces infarctus, on constate que les poumons crépitent mal. Et sur une coupe du sommet à la base, on aperçoit et on sent à la main une infinité de petits *tubercules*, gris jaunâtre, durs, miliaires. Ces tubercules semés dans tout le parenchyme des deux poumons, sont plus nombreux, plus volumineux, plus anciens au sommet. Du reste, pour le dire en passant, on ne trouve de tubercules que dans le parenchyme pulmonaire. La plèvre est indemne : le péritoine, les méninges, le péricarde, etc., n'en renferment pas davantage. Il s'agit, en somme, d'une granulie localisée au poumon.

Le cœur est légèrement hypertrophié ; il pèse 350 gr. Ses cavités sont surdistendues par des caillots cruoriques qui se prolongent dans le tronc et les premières branches de l'artère pulmonaire. Les valvules et les orifices n'offrent aucune altération notable.

Au niveau de l'*oreillette droite*, sur la paroi postérieure et faiblement adhérente à celle-ci, se trouve une poche molle, fluctuante, grosse comme une petite noix. Cette poche incisée laisse s'écouler un liquide grisâtre, sans odeur, tout à fait analogue à du pus. Il s'agit là bien évidemment d'un *thrombus blanc* ayant subi la dégénérescence puriforme.

Dans l'auricule droite, dans les intrications ventriculaires des piliers du cœur se voient des thrombus analogues mais non ramollis.

Le *foie* est volumineux, congestionné ; il pèse 2,200 gr.

La *rate* et le *cerveau* sont sains, en apparence.

Les *reins* sont volumineux, lourds (250 gr). Leur surface est lisse, unie ; la décortication de la capsule aisée. La substance corticale est pâle, non diminuée d'épaisseur. Bref, à l'œil nu, ces organes présentent l'aspect de la néphrite parenchymateuse.

RÉFLEXIONS. — Les lésions trouvées à l'autopsie permettent de reconstituer la filiation des accidents : mal de Bright d'origine puerpérale probable et cœur rénal. Thrombus dans l'oreillette droite et infarctus du poumon. Les relations chronologiques qui existent entre la néphrite et la granulie sont d'une interprétation plus difficile.

La néphrite a-t-elle précédé la tuberculose pulmonaire et favorisé la pénétration et la multiplication rapide du bacille en préparant le terrain ? Ce n'est pas impossible.

Au contraire, existait-il antérieurement au mal de Bright des tubercules au sommet du poumon, et la germination secondaire dans tout le parenchyme est-elle seule contem-

poraine et tributaire, pour ainsi dire, de la lésion rénale ? C'est tout aussi vraisemblable.

Dans tous les cas, il est bien évident que les lésions tuberculeuses du poumon doivent entrer en ligne de compte pour expliquer les accidents dyspnéiques rebelles. L'orthopnée opiniâtre avait une double cause : la granulie pulmonaire et l'urémie. C'est en effet la coexistence de ces deux lésions qui nous donne la clef de la violence de l'orthopnée et de l'inefficacité du traitement.

Fièvre typhoïde chez un alcoolique. — Mort par laryngo-typhus, par F. LOVY, interne des hôpitaux.

Le nommé X..., âgé de 38 ans, boulanger, entre le 24 novembre à l'hôpital Lariboisière, salle Bazin, lit n° 35, dans le service de M. Gérin-Roze. Cet homme, de constitution très robuste, n'a jamais été malade ; depuis quatre ans il présente des signes assez nets d'intoxication alcoolique : tremblement léger, pituites à intervalles éloignés, dyspepsie ; les autres signes d'alcoolisme sont peu accusés. Depuis de nombreuses années il buvait régulièrement ses quatre litres de vin par jour.

Il raconte à son arrivée qu'il est déjà couché depuis douze jours et que quelques jours auparavant il avait de l'inappétence, de la céphalalgie, des vertiges, de la courbature générale, de l'insomnie. Il a eu un peu de délire les trois dernières nuits. A la suite d'une purgation administrée il y a 8 jours, il a eu de la diarrhée qui persiste encore.

Le 24. A son arrivée, on constate une excitation nerveuse assez accusée ; il répond assez bien, mais il est très irritable ; dans la nuit il parle haut et se lève plusieurs fois. Le ventre est ballonné ; on trouve du gargouillement et de très nombreuses taches rosées sur l'abdomen et dans le dos. Le foie et la rate sont très augmentés de volume. La température est de 40°,2.

Traitement : bains à 30°, alcool, sulfate de quinine, naphtol.

Du 27 au 30. Le délire, d'intensité moyenne, ne cesse ni jour ni nuit. La diarrhée est extrêmement abondante, les urines en petite quantité. Il y a un peu de congestion pulmonaire ; le pouls est bon.

4 décembre. La congestion pulmonaire est plus accentuée mais elle disparaît rapidement, et le lendemain on ne la retrouve presque plus. Il ressent pour la première fois quelques douleurs à la déglutition, mais il n'en parle pas.

Le 5. La déglutition est encore plus difficile et il commence à avoir un peu de dyspnée. On ne trouve rien du côté du poumon pour expliquer ces troubles et l'on commence à soupçonner une complication laryngée. La voix n'est pas altérée.

Le 6. Pendant la visite du matin, le malade a pendant environ trois minutes un léger accès de spasme de la glotte. Il n'y a pas de douleur à la pression au niveau du larynx ; la déglutition est très difficile et la voix, intacte hier, presque totalement perdue.

Sa température est à 41° le matin, et 41°,2 le soir. Il y eut encore

dans la soirée un léger accès de spasme de la glotte quoique plus intense que le premier. L'état général, qui s'était amélioré les jours précédents par la cessation du délire, la diminution de la diarrhée et l'abaissement léger de la température redevint mauvais. On prend des précautions pour faire une trachéotomie pendant la nuit, si les accidents se renouvellent.

Pendant la nuit, il apparut une très légère dyspnée, continue, sans paroxysmes et tout allait relativement bien; lorsque le lendemain matin, à 7 heures, le malade mourut subitement, au moment où il venait d'avaler quelques gouttes de liquide dans son 3^e accès de spasme de la glotte.

A L'AUTOPSIE, on trouva dans le gros intestin et l'intestin grêle la muqueuse excessivement ulcérée. A certains endroits la moitié de la surface intestinale était atteinte. Le cœur était un peu graisseux; rien aux valvules. Les poumons légèrement congestionnés, particulièrement à la base droite. Le foie, légèrement jaunâtre et peu résistant à la coupe, était extrêmement volumineux et pesait 2,870 gr. La rate ramollie pèse 950 gr. Les reins sont aussi très volumineux; leur substance corticale est un peu injectée.

Le larynx ne présente pas de foyers de suppuration dans son voisinage; il ne présente pas de déformations.

La surface de sa muqueuse est recouverte d'une matière grisâtre, semi-liquide, mélange de pus et de sang. Les cordes vocales supérieures ne présentent rien à noter; les cordes vocales inférieures sont légèrement épaissies, surtout à leur partie postérieure.

A l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de l'espace glottique, on remarque de chaque côté une ulcération de la grandeur d'une lentille à gauche, d'une pièce de 50 centimes à droite. De chaque côté la muqueuse est détruite complètement; et l'on aperçoit au fond de chaque ulcération l'angle antérieur du cartilage aryénoïde, terne, grisâtre, ramolli, absolument dénudé. En explorant avec un stylet, on trouve que cette dénudation s'étend à partir de cette extrémité sur le reste du cartilage, surtout en dehors et en haut où elle arrive presque jusqu'à l'extrémité postérieure; la dénudation est moins étendue en bas et en dedans. Il y a de chaque côté comme une vaste excavation remplie de pus, dans lequel fait saillie l'extrémité nécrosée du cartilage. On ne trouve rien sur les autres cartilages; la muqueuse des ventricules nous semble aussi à peu près saine.

RÉFLEXIONS. — Sans parler des antécédents alcooliques du sujet qui peuvent expliquer le volume extrêmement considérable du foie, cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue. C'est d'abord une complication assez peu fréquente de la fièvre typhoïde; au point de vue anatomo-pathologique, nous avons eu affaire à une ulcération de la muqueuse, ayant entraîné secondaires la nécrose du cartilage; nous n'avons pas eu ici une nécrose primitive des cartilages comme cela arrive habituellement pendant la convalescence, notre malade en étant encore à la période d'état.

Au point de vue du siège, nous avons encore ici un fait assez rare, si l'on s'en rapporte aux chiffres que donnent les statistiques de Griesinger (*Traité des maladies infectieuses*) et de notre collègue et ami Tissier (*Annales de laryngologie*, 1887) qui regardent les lésions aryténoïdiennes comme rares, relativement à celles du cricoïde, M. le professeur Cornil, d'autre part, déclare en avoir observé quatre cas, tous semblables au nôtre. Au point de vue clinique, nous ferons remarquer l'évolution latente et le peu de symptômes des lésions, le malade étant mort le troisième jour après les premiers symptômes de troubles laryngés. Enfin, au point de vue thérapeutique, il ressort de notre observation, que la trachéotomie ne devra pas être retardée, malgré le peu d'intensité des accidents, aussitôt que l'on aura constaté un accès de spasmes de la glotte, la mort pouvant survenir à chaque instant.

M. DOLÉRIS. La mort ici a-t-elle été amenée par des accès de suffocation, par du spasme ou par l'introduction dans les voies respiratoires d'une certaine quantité de liquide. Chez les paralytiques généraux que l'on force à boire, on voit souvent les aliments passer par la trachée et occasionner des broncho-pneumonies rapidement mortelles.

M. LOVY. Dans le cas présent la mort semble avoir été occasionnée par un accès de suffocation.

Des lésions histologiques dans la paralysie générale des aliénés, par le Dr M. KLIPPEL, ancien interne des hôpitaux (à l'appui de sa candidature à une place de membre titulaire).

Nous donnons ici le résultat de l'examen histologique que nous avons fait dans sept cas de paralysie générale, cet examen portant plus particulièrement sur le cerveau. Nous insisterons surtout sur les lésions des tubes nerveux qui existent sous forme de réseau dans les zones périphériques de la substance corticale et sous forme de fibres, pour la plupart à direction longitudinale, qu'on rencontre dans les couches inférieures de l'écorce et dans la substance blanche. Ces lésions, qui ont déjà été l'objet d'une étude de la part de Turck et sur lesquelles on a peu insisté, nous ont paru avoir une importance non seulement en raison des détériorations que nous y avons rencontrées dans plusieurs cas, mais aussi par les conclusions qu'on en peut tirer relativement aux symptômes et aux affinités spéciales de la maladie.

Tous nos malades ont été observés et autopsiés à l'hospice Ste-Anne, à la clinique M. le professeur Ball.

Dans six cas le diagnostic avait pu être formulé avec certitude, et d'un autre côté les lésions constatées à l'œil nu ne laissaient aucun doute sur la valeur et le diagnostic anatomique de la maladie : les méninges étaient épaissies, adhérentes et entraînaient par l'arrachement des fragments de substance corticale, d'où la production d'érosions très variables en profondeur, suivant les cas, variables de nombre aussi et siégeant pour la plupart sur le cerveau antérieur et moyen à la surface des circonvolutions. Quelquefois seulement le lobe occipital en présentait également.

Dans aucun cas les vaisseaux de la base n'étaient athéromateux. L'encéphale était diminué de poids, souvent flasque, avec élargissement et affaissement des ventricules.

Quant au septième cas, qui nous a présenté au microscope les mêmes lésions que les précédents, le diagnostic fut douteux pendant quelque temps : on se demandait s'il ne s'agissait pas d'un délire des persécutions et l'examen anatomique à l'œil nu ne révéla aucune érosion, aucune lésion qui permit d'affirmer la paralysie générale.

L'examen histologique nous permit de conclure en raison de l'analogie des lésions trouvées dans les six cas précédents. Nous en concluons à la nécessité d'un tel examen pour des cas semblables et à la possibilité d'arriver à une conclusion précise en l'absence des données révélées habituellement par l'examen et l'arrachement des méninges.

Ceci revient à dire que la paralysie générale existe sans lésions des méninges et sans érosions à la surface du cerveau.

I. LÉSIONS DES MÉNINGES. — Les méninges sont loin d'offrir dans tous les cas une inflammation intense : on peut ne rencontrer que de la congestion et de l'œdème exsudatif, un état phlogosique et cela dans les points même où l'arrachement entraîne des pertes de substance cérébrale.

Dans un cas bien net au point de vue symptomatologique, nous n'avons constaté qu'un processus congestif et œdémateux bien que des érosions fussent nettes quoique peu nombreuses. Mais on peut rencontrer une inflammation intense de la pie-mère ; le feuillet viscéral de l'arachnoïde est épaissi ; les espaces sous-arachnoidiens, épaissis eux-mêmes, sont élargis. Les vaisseaux de la pie-mère sont dilatés et remplis de globules ; autour d'eux il y a une diapédèse considérable formant un manchon complet au vaisseau. On peut voir, sur les

coupes, ces mêmes vaisseaux pénétrer dans la substance corticale où des cellules migratrices les accompagnent et où ils conservent le même caractère d'inflammation. Mais bientôt on cesse de les suivre et la zone corticale sous-jacente ne présente plus cette vascularisation intense; comme nous aurons occasion de le dire, c'est cette zone qui est le siège du ramollissement qui cause l'érosion, c'est au niveau de cette zone ischémisée que se fait le départ de la substance qui se laisse arracher en même temps que la pie-mère.

Dans le tissu même de la pie-mère, on constate, comme autour de ses vaisseaux, la présence de nombreuses cellules rondes, à noyaux bien colorés, à protoplasma clair et d'autres cellules plus volumineuses de formes irrégulières. La dégénérescence ou l'organisation scléreuse y est plus ou moins marquée.

II. LÉSIONS DE LA SUBSTANCE CORTICALE. — L'étude d'une érosion corticale doit être faite : 1° sur la portion de substance corticale restant adhérente aux méninges; 2° sur les bords de l'érosion; 3° sur la substance corticale sous-jacente à la perte de substance.

Dans la première portion, on trouve une inflammation plus ou moins intense, avec des capillaires altérés, infiltrés de cellules rondes et présentant des dilatations qui représentent des anévrysmes miliaires. On trouve aussi l'oblitération thrombotique de ces vaisseaux.

Dans la seconde portion, les vaisseaux sont exsangues et nullement enflammés, du moins pour la plupart, et ce n'est qu'en se rapprochant des parties profondes qu'on constate quelquefois de nouveau la diapédèse effectuée dans les gaines des vaisseaux. Souvent nous avons pu suivre dans ce tissu des capillaires paraissant vides et présentant leurs noyaux allongés, normaux de forme et de nombre. Cette constatation anatomique est sans doute en rapport avec l'état de ramollissement qui amène la friabilité du tissu nerveux, d'où son arrachement dans ce point précis. Cependant nous n'avons jamais trouvé dans ces régions une dégénérescence graisseuse des éléments et des vaisseaux telle que nous l'avons vue dans les foyers de ramollissement par embolie. Cette zone correspond souvent à celle des petites cellules pyramidales.

Dans la troisième portion, on retrouve l'inflammation péri-vasculaire.

Nous venons de résumer l'aspect général du tissu au niveau d'une érosion. Voici maintenant quelles sont les altérations que nous avons rencontrées pour chaque élément particulier qui compose l'écorce cérébrale et cela soit sur les points érodés, soit en dehors d'eux, les lésions histologiques de la paralysie générale étant diffuses et non pas limitées aux points où l'examen à l'œil nu peut faire ses constatations.

Il faut examiner :

- a) L'état des cellules nerveuses.
- b) Les lésions des tubes à myéline de l'écorce.
- c) Les lésions de la névroglie.
- d) Les lésions des vaisseaux.

Cette division répondant aux divers éléments de la substance corticale.

a) *Lésion des cellules nerveuses.* — En général, les lésions des cellules ganglionnaires se résument dans les altérations dégéné-

ratives amenant une disparition plus ou moins complète. Les prolongements protoplasmiques disparaissent, se fragmentent, la forme d'une cellule triangulaire tendant alors à devenir ovale ou ronde. Les protoplasmas amincis et clairs se remplissent de granulations foncées, noires ou ocreuses, disséminées ou déposées en amas. Le contour est irrégulier. Le noyau est plus ou moins granuleux ou atrophie. Quelquefois, mais plus rarement, nous avons trouvé l'état vitreux des cellules.

Mais outre ces altérations banales, nous avons remarqué une lésion plus intéressante : on sait que normalement les grandes cellules de l'écorce sont entourées d'un espace lymphatique clair et qu'au bord de cet espace, au-dessous de la cellule nerveuse, on rencontre très souvent une petite cellule ronde à protoplasma clair, contenant un noyau rond fortement coloré par le carmin, le noyau des cellules pyramidales étant au contraire oval, beaucoup plus grand et plus clair.

Dans presque tous nos cas nous avons pu observer, à titre de lésion de la paralysie générale, l'augmentation en nombre de ces petites cellules rondes voisines de l'élément nerveux. En pareil cas on en voyait de deux à sept ou huit; elles envahissaient l'espace lymphatique péri-cellulaire et quelquefois attaquaient les cellules ganglionnaires et pénétraient dans leurs protoplasmas en contribuant à amener leur destruction.

L'envahissement des cellules nerveuses par des globules blancs a été décrit déjà dans cette maladie et dans d'autres, particulièrement dans la fièvre typhoïde. Pour notre part nous nous bornons à poser la question de savoir si les cellules rondes en question ne seraient pas dues à la prolifération des petites cellules qui normalement avoisinent la cellule nerveuse et si, par conséquent, il n'y aurait pas là un phénomène analogue à celui qui se passe dans les fibres musculaires où l'on voit la prolifération des noyaux coïncider avec la dégénérescence du protoplasma différencié. Ce qui est certain, c'est qu'entre la gaine infiltrée du vaisseau et l'espace lymphatique de la cellule, on ne rencontre aucune diapédèse et secondement, c'est que les cellules de la névroglie (dans la substance corticale du moins) n'ont pas l'aspect des cellules dont nous parlons.

b) *Lésions des tubes nerveux de la substance corticale.* — Un procédé que nous décrirons nous a permis de constater avec netteté que le réseau cortical des tubes à myéline est extrêmement riche à l'état normal et d'étudier les lésions qu'on y rencontre dans la paralysie générale.

Des coupes aussi minces que possible sont faites sur la substance corticale fraîche et n'ayant été placée dans aucun liquide. On ne doit pas trop s'inquiéter d'une certaine épaisseur de ces coupes, celles-ci devant ultérieurement subir un certain écrasement par le poids de la lamelle qui les recouvrira et, de ce fait, s'amincir. Les coupes sont reçues dans l'eau et portées ensuite dans une solution d'acide osmique à 1/100. Elles y restent deux ou trois heures. Puis on les porte sur une lame, on verse dessus une ou deux gouttes d'une solution de potasse qui gonfle le tissu et le ramollit en le décolorant un peu. On place alors la lamelle sur la coupe et si celle-ci est trop épaisse on produit un léger écrasement. On examine immédiatement car ces préparations ne se conservent pas. En ajoutant de la glycérine on peut

les conserver, mais alors elles perdent souvent au point que le réseau de la substance corticale n'est plus visible le lendemain. Les fibres de la substance blanche le sont encore, mais moins bien que la veille.

L'examen à l'aide de ce procédé montre l'altération du réseau nerveux en question qui a souvent complètement disparu. Des amas granuleux semblent alors répondre à la dégénération des tubes à myéline. Cette constatation, nous l'avons faite dans plusieurs de nos cas et cela même dans des points qui avaient à l'œil nu l'aspect d'un tissu sain. Mais il faut ajouter que le réseau nerveux peut se montrer surtout sur d'autres circonvolutions. On juge bien du degré de la lésion par comparaison, ce qui permet d'acquiescer une certitude relativement à la technique employée. Des coupes, qui dans un cas nous ont servi de point de comparaison, provenaient du cerveau d'un alcoolique dont les capillaires étaient en état de dégénérescence graisseuse et dont les tubes nerveux étaient cependant normaux. Ce fait donne plus de valeur à la lésion des tubes nerveux comme caractérisant essentiellement la paralysie générale. Plus on se rapproche de la substance blanche et plus les tubes nerveux deviennent, non pas plus nombreux, mais plus larges dans l'écorce : ce n'est qu'au-dessus des grandes cellules pyramidales que nous avons trouvé la disparition complète du réseau nerveux.

c) *Lésions de la névroglie.* — La paralysie générale est regardée comme une sclérose diffuse du cerveau. Cette sclérose dans nos sept cas nous a paru essentiellement relative. Plus les éléments nerveux étaient dégénérés et plus le tissu névroglie gagnait en netteté. C'est ainsi qu'il apparaissait, occupant seul de larges espaces, dans les points de l'écorce où les dégénération des cellules ganglionnaires allait jusqu'à la destruction. Cependant nous ne nions pas la prolifération conjonctive, son degré paraissant très difficile à évaluer exactement. Ce qu'on peut dire, c'est que ce tissu est chargé des produits de la désorganisation des éléments nobles. La maladie se présente d'après nos observations plutôt comme une inflammation parenchymateuse dégénérative que comme une encéphalite interstitielle.

d) *Lésions des vaisseaux.* — Elles se présentent avec l'aspect de ce qu'on voit dans les inflammations dégénératives et aussi avec celui qui caractérise les inflammations non suppuratives, se rapprochant ainsi davantage des lésions aseptiques expérimentales.

La gaine lymphatique est remplie de cellules rondes, les unes normales, d'autres remplies de granulations graisseuses, d'autres de granulations pigmentaires. Les noyaux des capillaires sont eux-mêmes granuleux. On voit aussi dans les gaines lymphatiques, des amas de globules rouges altérés ou masses de coloration ocreuse, quelquefois des cristaux d'hématoidine ou bien des hémorragies miliaires. Envisagée au point de vue des vaisseaux, la maladie évolue sous une double lésion, puisqu'ici c'est l'hyperhémie intense qu'on observe, là l'ischémie complète due à l'oblitération thrombotique.

III. *LÉSIONS DE LA SUBSTANCE BLANCHE.* — Ici les cellules de la névroglie sont plus denses, plus volumineuses que normalement, infiltrées de granulations. Quant à la dégénérescence des tubes nerveux, elle a les mêmes caractères que dans l'écorce, mais elle est moins prononcée, le réseau de l'écorce, à la partie supérieure, pouvant être également détruit.

On rencontre des faisceaux de tubes restés sains ou plus ou moins dégénérés, séparés par des espaces dans lesquels on ne trouve que quelques éléments atrophiés.

Cette atrophie, qui s'applique aux fibres longitudinales, frappe également les fibres transversales qui sont destinées à établir des communications entre les divers départements du lobe frontal.

Les vaisseaux sont en général moins lésés que dans la substance grise et les méninges. On peut constater à l'œil nu l'imprégnation des tissus voisins par les matières colorantes du sang dissoutes. Cette altération, qui est cadavérique, implique cependant par son intensité une congestion considérable qui constitue une lésion. Dans un cas nous avons rencontré, à côté des boules graisseuses, des cristaux de matières grasses, de cholestérine, de phosphates et de tyrosine. Sans doute il s'agissait là d'un certain degré de putréfaction, bien qu'il n'y en eût pas de signes particuliers à l'autopsie.

IV. LÉSIONS DE LA MOELLE, DES NERFS, DES MUSCLES. — Dans la moelle et parfois dans le bulbe des lésions dégénératives, tout à fait analogues à celles rencontrées dans le cerveau, existaient à l'état de lésion essentiellement diffuse. Ainsi les cordons blancs étaient le siège des mêmes dégénérations que les fibres à myéline du cerveau. Dans les cordons postérieurs, latéraux, antérieurs, dans les faisceaux bulbaires on voyait des masses de myéline avec disparition des éléments nerveux laissant à nu un réseau conjonctif plus ou moins hypertrophié.

D'autre part, les cellules ganglionnaires, tant des noyaux bulbaires que des cornes antérieures de la moelle, étaient ou détruites ou en voie de destruction dégénérative. Dans un cas les nerfs périphériques et les muscles présentaient au plus haut degré les lésions atrophiées.

Pour les nerfs, la myéline était fragmentée en boules ou en blocs, les gaines, revenues sur elles-mêmes, étaient rétractées et vides là où elles ne présentaient pas de renflements remplis de noyaux granuleux et de masses graisseuses; on ne retrouvait pas le cylindre axial.

A la vue, les muscles étaient brunâtres, semés de stries jaunes; au microscope, les fibres inégales et déformées étaient atrophiées et dégénérées avec prolifération de leurs noyaux. Dans tous nos autres cas, on voyait ces lésions à des degrés moins avancés.

V. LÉSIONS DES AUTRES ORGANES. — Invariablement les reins ont été trouvés très altérés; quelquefois, ils avaient à l'œil nu les lésions de la néphrite interstitielle, reins durs, petits, avec atrophie de la substance corticale; d'autres fois il y avait dégénérescence graisseuse. Dans les cas où la vue ne révélait pas grand chose, l'examen histologique démontrait des altérations dégénératives des épithéliums, et en particulier la nécrose de coagulation, la tuméfaction trouble, etc. Le cœur était toujours jaunâtre, flasque; et en dégénérescence graisseuse, deux fois sclérosé notablement.

Le foie était souvent d'aspect muscade avec un large cercle graisseux à la périphérie des lobules. Du côté des poumons, il y avait dans un cas une tuberculose à évolution fibreuse, avec tissu ardoisé et cavernes. Cette maladie, qui avait sans doute précédé la paralysie générale, avait passé inaperçue au lit du malade. Dans ce cas, songeant à une méningite tuberculeuse chronique, nous n'avons pu établir que

l'inflammation des méninges fût de nature tuberculeuse. Dans les six autres cas la base du poumon d'un côté ou des deux côtés a présenté une fois une broncho-pneumonie à foyers disséminés ; les autres fois une spléno-pneumonie.

Parmi ces lésions, il en est comme celles des poumons qui sont certainement consécutives à la maladie des centres nerveux et sont liées au marasme.

Mais l'intensité des lésions, égalant celles du cerveau, retrouvées dans d'autres organes, les reins, par exemple, pourraient être considérées comme liées à une maladie générale primitive frappant à la fois le cerveau et les reins.

RÉFLEXIONS. — Les lésions des tubes nerveux rencontrées tant dans l'écorce que dans la substance blanche du cerveau sont remarquables à plusieurs points de vue.

Ces mêmes lésions, nous avons pu les rencontrer, mais alors en qualité de lésions locales et non diffuses, dans des cas de ramollissement cortical du cerveau. Leur caractère de diffusion constitue un élément de diagnostic histologique pour la paralysie générale.

La destruction d'un certain nombre de tubes à myéline mettant en communication l'écorce avec les centres moteurs du bulbe et de la moelle explique les signes physiques de la maladie. Mais d'un autre côté on trouve aussi la lésion des fibres transversales, de celles qui font communiquer entre elles les différentes circonvolutions et les différents départements de l'écorce ; or les troubles intellectuels de la paralysie générale sont moins caractérisés par le délire, que par l'affaiblissement mental, l'incohérence, la démence. Ces symptômes, qu'ils appartiennent à cette maladie ou à d'autres (comme la démence sénile par exemple) peuvent être regardés comme la suite de l'altération de ces fibres de communication entre des zones voisines ou éloignées ; c'est pourquoi nous avons cherché à établir avec soin les lésions des fibres et des réseaux dans les cas qui font l'objet de ce travail.

Enfin un dernier point relatif à cette question est l'analogie de lésion (dégénérescence des faisceaux à myéline) qui existerait entre le tabes dorsalis et la paralysie générale, les deux maladies touchant dans la moelle et dans le cerveau les mêmes éléments nerveux.

On a souvent cité des exemples où les deux maladies existèrent consécutivement chez le même sujet, et récemment Strumpell a insisté encore sur ces analogies en rappelant

que les deux maladies étaient souvent la conséquence d'une même affection, la syphilis. Nous avons toujours rencontré des lésions plus ou moins nettes des cordons postérieurs dans nos sept examens histologiques. Mais nous n'oserions en conclure que tous les cas de tabès soient une maladie analogue à la paralysie générale parce que nous avons vu cette dernière frapper les cordons postérieurs en même temps que les réseaux de l'écorce. Et cela d'autant plus que dans la moelle la paralysie générale touche souvent les autres faisceaux et les cellules ganglionnaires et que toutes ces lésions y sont le plus souvent aussi diffuses mais peu intenses relativement à celles du tabès.

Il est cependant important de faire ressortir l'analogie de lésions histologiques que présentent les deux maladies en tant que la paralysie générale atteint dans le cerveau, et d'une manière semblable, des éléments analogues à ceux que le tabès frappe dans la moelle.

Ramollissement cérébral.

M. BOURGES, interne des hôpitaux, présente le cerveau d'une petite fille de 2 ans, atteinte de ramollissement cérébral de l'hémisphère droit avec thrombose des tissus, décédée la veille dans le service de M. le Dr Legroux, médecin de l'hôpital Trousseau.

L'observation clinique et l'examen histologique des pièces, feront le sujet d'une présentation ultérieure.

Luxation complète du scaphoïde transporté au niveau de la petite apophyse du calcanéum. — Fracture comminutive du col de l'astragale et de la grande apophyse du calcanéum. Subluxation du cuboïde en bas et en dedans. Opération de Mikulicz. Guérison avec marche parfaite, par le Dr CHAPUT, chirurgien des hôpitaux.

Le nommé Chamel, 24 ans, charretier, entré à Laënnec, le 7 mars 1889, raconte qu'au mois de mai 1888, une roue de voiture pesamment chargée lui est passée sur le pied. Il entra à Necker dans le service de M. Guyon, on lui appliqua un appareil plâtré et au bout d'un mois il partit à Vincennes. Il en sortit au bout de trois semaines boitant et éprouvant des douleurs locales pendant la marche. Ces douleurs, loin de se calmer ne firent qu'augmenter jusqu'à son entrée à Laënnec.

A l'entrée, on constate que le pied est augmenté de volume, les malléoles sont élargies sans être déformées, et les lésions sont surtout sous-malléolaires. Le pied est plat et augmenté d'épaisseur dans le

sens vertical et augmenté aussi transversalement. La dépression située normalement au-dessous de la malléole interne est remplacée par une saillie convexe, diffuse ; cependant, la partie postérieure du sillon calcanéen persiste encore. A la partie externe, la dépression sous-malléolaire est également comblée. Les dépressions qui normalement existent de chaque côté en avant du tendon d'Achille sont disparues également.

A la palpation, on sent en dedans une saillie osseuse très proéminente qui correspond à l'articulation du scaphoïde avec l'astragale. La concavité située au-dessous de la malléole interne est causée par une saillie osseuse tout à fait anormale que l'on sent basculer sous les doigts comme un levier de premier genre. Cette saillie paraît constituée par une ossification développée dans les parties molles.

Elle mesure 3 centimètres dans le sens vertical et 2 centim. 1/2 dans le sens antéro-postérieur. Elle est aplatie.

A la partie externe, on trouve à la palpation au-dessous de la malléole un empâtement qui ne ressemble pas à des fongosités ; à ce niveau la pression sur les ligaments péronéo-astragaliens et calcanéens est douloureuse.



Fracture comminutive du tarse avec luxation du scaphoïde.

S. Scaphoïde. — TA. Tête de l'astragale. — C. Cuboïde. — A. Corps de l'astragale.

Si on essaie d'imprimer au pied des mouvements de flexion et d'extension, on sent que la flexion est arrêtée par un choc osseux produit par l'astragale heurtant contre le bord antérieur de la mortaise. Ces mouvements sont peu étendus de même que ceux de latéralité. Ils ne

provoquent pas de douleurs. En saisissant le pied à pleine main et en cherchant à le transporter en masse d'une malléole à l'autre, on constate une mobilité anormale très prononcée avec des craquements considérables. La pression sur les saillies osseuses ne provoque pas de douleurs, les os sont sains.

Lorsque le malade est debout, on constate qu'il n'y a pas de déviation véritable du pied ni en dedans ni en dehors.

Au premier abord on pouvait croire que le malade était atteint de fracture bimalléolaire mal consolidée, mais ce diagnostic ne tenait pas devant l'examen méthodique du squelette. Le diagnostic porté fut fracture des os du tarse vicieusement consolidée avec lésions d'arthrite sèche et ossifications périphériques dans les parties molles.

Je fis à la fin d'avril 1889 l'opération de Mikulicz ; cette partie de l'histoire du malade sera communiquée en détail à la Société de chirurgie. Qu'il me suffise de dire qu'au lieu de désarticuler dans l'articulation de Chopart, je dus faire une section à la scie. Le malade guérit en deux pansements et marche actuellement dans la perfection.

Les os *enlevés* pendant l'opération présentent des lésions complexes. Tout d'abord le calcaneum et l'astragale sont volumineux, hypertrophiés sans changement de forme bien appréciable. Les lésions portent sur le scaphoïde, l'astragale, le cuboïde et le calcaneum dont le sommet a été brisé. Le scaphoïde présente sous la peau sa face antérieure où on reconnaît une partie des facettes articulaires du 1^{er} et 2^e cunéiformes. Le tubercule du scaphoïde est dirigé directement en bas. La face opposée est devenue très courte avec une crête osseuse qui repose sur la petite apophyse calcanéenne, de là le mouvement de bascule signalé dans l'observation.

Le corps de l'astragale est intact, mais il existe une solution de continuité du col dont il ne reste plus qu'un petit moignon pointu attenant au corps de l'os. La plus grande partie du col et de la tête brisée comminutivement s'est résorbée. Il en reste de nombreux débris les uns soudés, les autres indépendants dont un entre autres, volumineux et encore recouvert de cartilage, fait une saillie anormale considérable en dedans.

Le cuboïde, très augmenté de volume, est subluxé en bas et en dedans.

Le calcaneum présente une fracture de la partie interne et inférieure de sa grosse apophyse. La petite a son sommet écrasé.

Les parties molles sont saines.

Il est probable que le transport en masse du pied d'un côté à l'autre accompagné de craquements noté dans l'observation, était dû à des mouvements se passant dans les articulations sous-astagalienues.

Les craquements s'expliquent par le foyer comminutif sans suture de tous les fragments entre eux.

Exencéphalie. — Description du crâne et du cerveau, par les D^{rs} DROIN (de Tonnerre) et CHAPUT, chirurgien des hôpitaux.

Le fœtus dont il s'agit avait à peu près le volume d'un enfant à terme. La face était normale, avec un profil aquilin commun aux monstres encéphales représentés dans les atlas ou les musées. Le

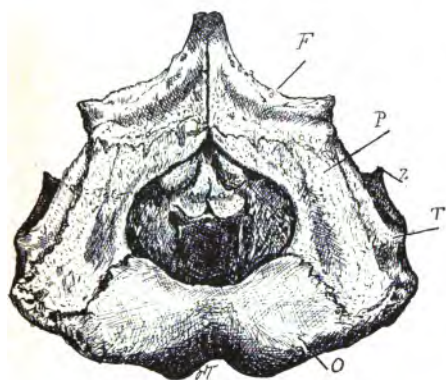


FIG. 1. — F. Frontal. — P. Pariétal.
— Z. Apophyse zygomatique. —
T. Temporal. — O. Occipital.

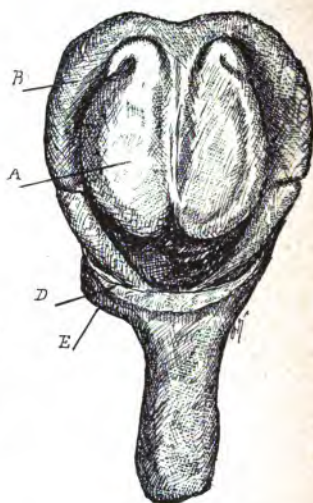


FIG. 2. — Face supérieure
de l'encéphale.

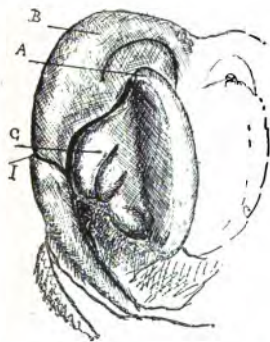


FIG. 3. — Face supérieure du
cerveau. Le lobe A, de la
figure précédente, a été re-
levé pour laisser voir les
parties profondes.



FIG. 4. — Crâne vu de profil.
T. Tympan à peu près horizontal. —
O. Occipital.

ront n'existe pas. Au sommet de la tête recouverte par le cuir chevelu on voit une saillie rougeâtre du volume d'un œuf de dinde formée par l'encéphale qui fait hernie à travers un large orifice de la voûte du crâne. Pas de malformations autres que celles du crâne et du cerveau.

Crâne. — Le profil est très aplati, comme un crâne de reptile, (voir figure 2). Vu d'en haut il présente une forme triangulaire à base postérieure.

Il présente un large orifice par où l'encéphale faisait hernie. Cet orifice en forme de cœur mesure 2 cent. 1/2 d'avant en arrière et 3 cent. transversalement.

Il est limité en avant par le frontal, en arrière par l'occipital, latéralement par les deux pariétaux.

Le *frontal* est pour ainsi dire réduit à sa portion horizontale tant la portion verticale s'est abaissée et est rudimentaire. Le rebord antérieur des orbites au lieu d'être perpendiculaire au plan médian fuit très obliquement en arrière et en dehors tandis que la réunion des apophyses orbitaires internes rappelle par sa forme celle d'un bec d'oiseau. Le nerf frontal au lieu de passer dans une échancrure osseuse, passe à travers un trou, l'échancrure étant fermée en avant par une mince lamelle osseuse.

Le *pariétal* très petit mesure 3 cent. d'avant en arrière et 1 cent. de haut. Son bord supérieur est excavé pour former l'orifice anormal.

L'*occipital* est volumineux, surtout la portion écailleuse. On retrouve les 4 points d'ossification non encore soudés.

Le *temporal* ne présente pas un cent. d'écaille. Le tympan est presque horizontal. La portion mastoïdienne est volumineuse.

Les os de la base du crâne ne sont pas notablement altérés. Je note seulement que l'*ethmoïde* est très réduit dans toutes ses dimensions et que la fente sphénoïdale présente des dimensions considérables surtout à droite.

Encéphale. — Vu par sa face supérieure. l'encéphale se compose de deux petits lobes A (fig. 3), reposant sur deux lobes plus grands B. Un simple sillon médian sépare les deux lobes A droit et gauche l'un de l'autre. L'extrémité antérieure des lobes A se réunit aux lobes B par une languette en forme de virgule. Les lobes B, larges en avant, étroits en arrière, se terminent par une queue pointue au voisinage de la ligne médiane. Cette queue est croisée par une bandelette transversale, dépendant du bulbe (D, fig. 3). Si l'on soulève les lobes A (fig. 4), on voit au-dessous de petites masses mamelonnées, au nombre de trois (C, fig. 4).

Le bulbe vu par sa face postéro-supérieure présente une bandelette horizontale D, qui croise en écharpe la queue des lobes B. Entre la bandelette D et l'extrémité postérieure des lobes A, existe une dépression qui rappelle le plancher du quatrième ventricule.

Les extrémités de cette bandelette D se terminent en pointe sous la queue des lobes B.

La face inférieure a peu d'intérêt. On aperçoit la face profonde des lobes B, mince, étroite, séparée par un profond sillon d'une masse ovale centrale, et à laquelle aboutissent les faisceaux antérieurs et latéraux du bulbe (E, fig. 3). Cette masse ovale centrale correspond

aux masses C de la figure 4, et à la dépression qui rappelle le plancher du quatrième ventricule.

J'ajoute enfin que les lobes A et B paraissent creusés de cavités ventriculaires ; on trouve à la coupe un épanchement sanguin bien limité, dans l'intérieur de chacun d'eux.

L'interprétation de ces lobes encéphaliques me paraît difficile à donner d'une façon qui satisfasse complètement l'intelligence. Peut-être arriverait-on à la solution du problème par l'anatomie comparée.

Comme *pathogénie*, il est difficile de signaler quelque chose de bien précis. Il n'y avait ni brides, ni membranes, ni adhérences pouvant expliquer la hernie encéphalique.

Voici maintenant les *antécédents maternels*. Il s'agit d'une femme qui eut une grossesse gémellaire avec développement énorme du ventre. L'accouchement se prolongea considérablement, la femme perdit environ 10 litres d'eau.

L'inertie utérine obligea à appliquer le forceps pour extraire un premier enfant bien conformé. Il restait encore dans l'utérus une seconde poche contenant 12 litres d'eau ainsi que le monstre.

Celui-ci fut expulsé facilement une fois la poche crevée. Le monstre a vécu 12 heures, il est mort d'une hémorrhagie qui se produisit à la surface et dans l'intérieur du cerveau.

Il y avait deux placentas réunis par une membrane fibreuse.

Comme antécédents de la part des parents, il a été établi que la mère n'a éprouvé pendant sa grossesse ni chute ni coups ni émotions, ni pertes.

Pas d'alcoolisme ni de folie, d'hystérie, d'épilepsie, dans les ascendants.

En somme, malgré la grossesse gémellaire et l'hydramnios, la cause de cette malformation reste absolument obscure.

Séance du 20 décembre 1889.

PRÉSIDENCE DE M. LETULLE

Métrite hémorrhagique. — Rétention du placenta remontant à 6 mois, par de LOSTALOT, interne des hôpitaux.

La nommée Aimée Bernier, âgée de 30 ans, réglée à 15 ans, régulièrement, légère leucorrhée ; 4 grossesses, 3 accouchements à terme, une fausse couche de 4 mois le 27 juillet 1889. Depuis cette couche, la malade n'a pas cessé jusqu'au moment de l'opération d'avoir des hémorrhagies incoercibles.

A son entrée à l'hôpital Pascal, le 20 novembre, on trouve : le col de l'utérus légèrement congestionné, sans lésions apparentes de métrite cervicale ; le corps de l'utérus est en antéversion normale, mais il est gros et mou ; l'hystérométrie donne 24 centim., le diagnostic porté est : endométrite hémorrhagique.

Le curettage de l'utérus est pratiqué le 25 novembre 1889 ; la curette a ramené de nombreux fragments d'un tissu mou, spongieux, très vasculaire, que le D^r Pozzi reconnaît de suite comme étant du placenta ; d'ailleurs l'examen microscopique pratiqué au laboratoire de M. Gombault a confirmé l'examen macroscopique.

4 jours après l'opération, l'hystérométrie ne donnait plus que 14 cent. au lieu de 24.

Le 6^e jour qui a suivi l'opération, la malade a eu quelques frissons et une ascension thermométrique de 39°,4 ; on pratique immédiatement une injection intra-utérine d'une solution de sublimé au 1/5,000 ; deux jours après survient une violente stomatite mercurielle qui a duré quatre jours ; la fièvre est tombée après cette injection ; l'hystérométrie pratiquée le 10^e jour après l'opération a donné 11 centim. Depuis, la malade va très bien, elle n'a plus perdu de sang et l'utérus est presque complètement revenu sur lui-même.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante à un double point de vue.

1^o En ce que des fragments placentaires ont pu séjourner vivaces dans le corps utérin, pendant 6 mois sans amener d'autres troubles que des hémorrhagies, et que ces hémorrhagies ont immédiatement cessé après l'extirpation de ce placenta au moyen de la curette, et que l'involution utérine s'est faite très rapidement après le curettage.

2^o Que des injections de bichlorure de mercure même au 1/5,000^e ne sont pas exempts de dangers dans un utérus où il existe des bouches d'absorption larges et nombreuses comme dans le cas qui fait l'objet de notre observation.

M. DOLÉRIS. — On dit volontiers que le placenta retenu dans l'utérus continue à vivre et ne se modifie guère dans sa structure, s'il est aseptique. En réalité, sa vitalité devient bien obscure et des recherches histologiques que j'ai faites et fait faire il résulte nettement que son tissu subit toujours des altérations importantes, caractérisées surtout par la tuméfaction trouble et la dégénérescence colloïde des cellules placentaires. Il faudrait soumettre à des investigations minutieuses les pièces analogues à celles de M. de Lostalot.

Quant à l'accès de fièvre, est-il certain qu'il ait été septique, et ne pourrait-on l'expliquer (comme après certains accouchements) par l'involution très rapide d'un utérus que l'on a vu diminuer en quelques jours de 13 centim. de long ?

M. CHAPUT. — J'ai fait l'an dernier deux curages pour rétention placentaire datant de 5 à 6 mois, et même une fois

le fœtus, mort depuis 6 mois, était, lui aussi, retenu. J'ai examiné histologiquement les fragments de placenta et j'ai constaté que leur structure était normale.

Hémiplégie gauche avec troubles trophiques des membres correspondants. — Intégrité de la face pour les mouvements volontaires, mais paralysie de la mimique pour les impressions réflexes et involontaires. — Foyer hémorragique de la couche optique, par le Dr M. KLIPPEL, ancien interne des hôpitaux.

La nommée Hert..., Henriette, âgée de 63 ans, tapissière, entrée en décembre 1889, salle Broca, n° 29, à Laënnec, service de M. le professeur Ball.

La malade à la suite d'un ictus apoplectiforme est devenue, il y a quelques années, hémiplégique du côté gauche. La paralysie des membres était complètement flasque et les mouvements ne sont jamais revenus. Du côté de la face la paralysie du facial était à peine accusée ou même nulle et dans la suite, à son entrée à l'hôpital, elle n'en présentait plus trace. La langue n'était pas paralysée. Du côté hémiplégié il y avait des troubles de la sensibilité très marqués, consistant en une anesthésie presque complète.

Troubles trophiques : Au membre supérieur on constata un amaigrissement atrophique, l'avant-bras et la main étant très amaigris. Cette atrophie était masquée, surtout au niveau du poignet, par un œdème du tissu sous-cutané, l'empreinte du doigt persistant longtemps dans les tissus.

Le membre était dans la flexion pour l'avant-bras et le poignet ; les doigts étaient ramenés les uns contre les autres et dans l'extension, les déformations étaient le résultat des troubles trophiques des muscles et du tissu fibreux ; il s'agissait de rétraction et non de contracture. Au niveau de la face dorsale de la main on trouvait un kyste synovial du volume d'une grosse noix.

La peau était sèche, flasque et couverte de larges écailles.

Les ongles, très longs, étaient recourbés en forme de griffes. Leur épaisseur atteignait cinq ou six millimètres. Leur aspect rappelait celui de la corne, étant recourbés, terminés en pointe et constitués par des masses imbriquées les unes sur les autres. A la surface il y avait quelques écailles en voie de desquamation.

Le membre inférieur du même côté présentait aussi de l'atrophie musculaire et de la rétraction qui ne permettait pas même la position à angle droit de la jambe sur la cuisse. Là aussi il n'y avait pas de contracture. Les ongles des orteils étaient incurvés, mais sans présenter l'épaississement et les lésions retrouvées à la main.

Pas de troubles trophiques du côté droit.

Dans les derniers temps : état de prostration et paralysie des sphincters. Pas d'eschares au sacrum.

AUTOPSIE (19 décembre 1889). — Les membres ne peuvent être redressés et restent dans l'état de rétraction qu'ils présentaient pendant la vie.

Les muscles de la jambe sont de coloration brunâtre avec des stries jaunes graisseuses et présentent une atrophie marquée.

A la vue, les nerfs ne présentent rien de particulier au membre supérieur; les muscles extenseurs et fléchisseurs sont atrophiés, pâles et de coloration rosée.

La face externe de la dure-mère est très adhérente à la convexité du crâne. La pie-mère présente un certain degré d'œdème avec congestion veineuse. Cela des deux côtés.

Hémisphère gauche. — Les méninges se laissent facilement détacher. Les circonvolutions sont peu développées et grêles, surtout la troisième frontale. On constate en outre que la scissure de Sylvius est béante au point de laisser voir l'insula d'une manière complète, sans que les lèvres de la scissure aient été écartées et sans qu'on puisse arriver à les faire recouvrir cette région. Ce fait est beaucoup moins marqué du côté droit où la 3^e frontale est aussi moins grêle. La scissure perpendiculaire interne est profonde au point que le lobe occipital paraît détaché du lobe moyen.

Pas de lésions dans cet hémisphère.

Hémisphère droit : Sur une coupe on constate à la partie la plus reculée de la capsule interne et empiétant sur la couche optique un ancien foyer d'hémorragie cérébrale ayant actuellement le volume d'une petite noix. Le foyer est dur, scléreux et de coloration ocreuse. En haut, il arrive jusqu'à l'extrémité postérieure du noyau lentillaire.

Les artères cérébrales sont dures, blanches et restent dilatées et béantes à la coupe. Le tronc basilaire présente le même épaississement et les mêmes plaques jaunâtres athéromateuses.

La moelle ne présente à l'œil nu aucune dégénération secondaire.

RÉFLEXIONS. — Les troubles trophiques du côté paralysé sont remarquables par une intensité vraiment exceptionnelle. La peau, les ongles, les muscles, les ligaments, les synoviales, les tendons, les os qui contenaient une moelle jaune ambrée, tout le membre paralysé en un mot, en était le siège.

En raison du siège du foyer (couche optique et partie la plus reculée de la capsule interne) on s'explique l'absence de paralysie du facial inférieur, le genou de la capsule n'étant ni atteint, ni comprimé. Mais du côté de la face nous avons remarqué un état particulier de l'innervation sur lequel nous devons insister maintenant en raison de faits analogues publiés récemment par quelques auteurs (1).

Tandis que les mouvements volontaires de la face étaient conservés, on remarquait du côté paralysé l'absence des mouvements involontaires, tels que le clignement de la paupière et de l'expression mimique de la face, traduisant les émotions morales, la joie, la tristesse, etc.

(1) Meynert, Senator, Nothnagel.

Cette séparation des deux sortes de mouvements des muscles de la face (mouvements volontaires et involontaires) paraît due à ce que des faisceaux différents sont destinés à transmettre les impressions au noyau bulbaire du facial. On sait que le faisceau qui transmet les mouvements volontaires, passe par le genou de la capsule. Il n'était point lésé dans notre cas. D'après l'observation que nous publions et d'après deux ou trois autres on peut penser que les fibres qui conduisent les impressions réflexes et émotionnelles passent par la couche optique.

Dans ces conditions notre malade ne présentait de paralysie faciale que pour les mouvements involontaires, ce symptôme étant en rapport avec le foyer destructif rencontré dans la couche optique.

Thrombose de la branche gauche de l'artère pulmonaire chez un phtisique. (Examen de la pièce présentée dans la séance du 22 novembre 1889), par le Dr P. MENETRIER.

Avant de rapporter les résultats de l'examen histologique de l'artère thrombosée, nous compléterons les renseignements que nous avons précédemment donnés sur l'apparence macroscopique des lésions.

Le poumon gauche était creusé de vastes cavernes; son lobe supérieur à peu près complètement excavé, ne présentait plus guère qu'une coque de tissu tuberculeux, doublé d'une plèvre épaissie et oedémateuse. La caverne se prolongeait dans le lobe inférieur, intimement soudé au précédent et, en occupant la partie postérieure, descendait presque jusqu'à la base.

Depuis le hile jusqu'aux dernières ramifications, toutes les divisions de la branche gauche de l'artère pulmonaire étaient oblitérées par des caillots. En suivant ces divisions, on constatait la disparition presque totale de la branche artérielle du lobe supérieur, détruite très près de son origine.

La branche principale du lobe inférieur, au contraire, se voyait aisément, très volumineuse, très distendue par les caillots; d'abord distante de la caverne, elle s'en rapprochait graduellement, se mettait obliquement en contact avec sa paroi et faisait bientôt saillie dans sa cavité; on pouvait ainsi la suivre sur un parcours assez long, de trois à quatre centimètres environ; à ce niveau, la paroi artérielle, bombant dans la caverne, présentait à son milieu une ulcération arrondie, de cinq millimètres de diamètre, à bords mousses, se continuant insensiblement avec la paroi artérielle voisine et à son centre creusant profondément dans la cavité de l'artère. Au-dessous de cette ulcération, l'artère reprenait son contour, puis bientôt se divisait en deux branches, l'une plongeant dans le tissu pulmonaire, l'autre disparaissant à la surface de la caverne. Les branches efférentes de cette artère principale étaient également thrombosées, elles plongeaient dans le tissu pulmonaire et n'offraient pas de rapports aussi directs avec la caverne.

Nous avons pratiqué des coupes nombreuses de ces vaisseaux ; près du hile, sur toute la portion saillante dans la caverne et au niveau du point ulcéré ; enfin sur les autres branches également thrombosées situées dans le tissu pulmonaire.

Les coupes portant sur l'artère, à un centimètre du hile, et alors qu'elle ne se trouve pas encore en contact avec la caverne, nous montrent une thrombose simple et récente. La cavité est remplie de caillots fibrino-globulaires, assez irrégulièrement disposés ; la paroi artérielle ne paraît aucunement altérée et l'endartère notamment n'est pas sensiblement épaissie.

De même, les artérioles efférentes de cette portion du vaisseau, et situées dans le parenchyme pulmonaire sans être en contact avec la caverne, ne présentent également que des lésions de thrombose récente sans altération notable de la paroi.

Mais quand on examine la portion d'artère en contact avec la caverne et saillante dans sa cavité, on trouve alors des altérations des tuniques artérielles, d'autant plus marquées qu'on se rapproche davantage du point ulcéré. Sur les coupes intéressant l'artère à peu près au point où elle a pénétré dans la paroi de la caverne, et commencé à faire saillie dans sa cavité, on remarque ce qui suit : les couches externe et moyenne sont saines dans toute la partie du vaisseau attenant au parenchyme pulmonaire ; elles sont au contraire profondément altérées sur tous leurs points en rapport avec la caverne ; à ce niveau, la tunique externe est infiltrée de cellules migratrices et parcourue de gros capillaires dilatés ; elle est ainsi transformée en un tissu de granulation où l'on rencontre par places des formations tuberculeuses, des cellules géantes, et dans lequel on peut, en employant les procédés de coloration appropriés, déceler la présence des bacilles de la tuberculose. La tunique moyenne est, dans les points correspondants, envahie par la même infiltration de petites cellules qui dissocient et écartent ses fibres et ses lames élastiques, les plus internes seules restant encore continues. Les altérations de l'endartère sont beaucoup plus étendues ; elles ne sont pas bornées à la portion du vaisseau en rapport avec la caverne, mais sur tout son pourtour cette membrane est épaissie, fibreuse, pousse des végétations, des saillies irrégulières qui pénètrent le caillot et le fragmentent. Le tissu de l'endartère ainsi épaissie, constitué par des faisceaux fibreux, avec de nombreuses cellules plates, présente à son intérieur des vaisseaux de formation nouvelle, des lacunes irrégulières, pleines de globules rouges. Le caillot n'est plus homogène, il est ramolli par places, ses éléments sont indistincts, se colorent mal et en nombre de points, se différencient difficilement des végétations endartéritiques qui le pénètrent.

Ces lésions se montrent d'autant plus accusées que l'on examine un point de l'artère situé plus avant dans la cavité de la caverne et plus rapproché de l'ulcération du vaisseau. La végétation de l'endartère tend de plus en plus à remplir la cavité vasculaire en faisant disparaître le caillot ; ses lacunes sont plus nombreuses, plus étendues et l'on peut sur quelques coupes les voir se mettre en communication au travers de la couche moyenne avec les vasa-vasorum de l'adventice. En même temps, et dans toute la portion où l'artère est en rapport avec la cavité de la caverne on voit progresser l'altération des tuniques externe et moyenne. Elles subissent l'infiltration de cellules mi-

gratrices, la transformation en tissu de granulation tuberculeux, que nous avons déjà décrites, puis disparaissent graduellement, l'une après l'autre, de dehors en dedans.

En arrivant au point ulcéré, on trouve ainsi la paroi artérielle complètement détruite du côté de la caverne sur une étendue de 5 millimètres environ, le diamètre de l'artère étant à ce niveau de 7 millim. La coupe présente l'aspect d'un croissant, ouvert vers la caverne ; les tuniques externe et moyenne du vaisseau sont saines du côté adhérent au parenchyme pulmonaire, elles disparaissent du côté de la caverne dans un tissu de granulation tuberculeux, qui limite les bords de l'ulcération et se confond en dehors avec celui qui tapisse partout les parois de la caverne. L'endartère très hypertrophiée forme des bourgeons irréguliers qui remplissent toute la cavité vasculaire, renfermant encore dans leurs interstices quelques fragments dégénérés du caillot. C'est ce tissu qui constitue le fond de l'ulcération ; on y trouve sur les préparations traitées suivant le procédé d'Ehrlich, des bacilles tuberculeux le pénétrant superficiellement, comme on en trouve aussi dans le tissu de granulation qui infiltre les tuniques externe et moyenne à leurs points de contact avec la caverne. Mais en dehors de ce point ulcéré, nous n'en avons, sur aucune de nos coupes, rencontré dans les caillots de la cavité vasculaire.

Au-dessous de l'ulcération, l'artère s'écartant de la caverne présente à nouveau son contour complet ; l'infiltration tuberculeuse ne dépasse pas la tunique adventice, la cavité est presque complètement oblitérée par la végétation de l'endartère, on retrouve encore dans ce tissu, sous forme d'amas pigmentaires, des traces du caillot de thrombose.

D'après la description que nous venons de donner, d'après l'inégale intensité et la répartition des lésions vasculaires, il paraît évident que la thrombose s'est effectuée peu à peu, progressivement et n'a atteint la totalité des artères du poumon qu'à une époque assez voisine de la terminaison fatale. Dans la plupart des points en effet, au hile, dans les gros troncs avoisinants, dans les artères traversant ce qui reste du tissu pulmonaire, nous ne trouvons que des lésions de thrombose récente, le vaisseau est oblitéré sans que ses parois soient encore modifiées. Au contraire, dans cette branche artérielle saillante au niveau d'une caverne et ulcérée en son milieu, il y a, outre l'oblitération par thrombose, une artérite manifeste et déjà d'ancienne date ; c'est donc là le point vraisemblablement le premier atteint et c'est là que nous devons chercher l'origine et la cause de la thrombose.

Dans les altérations de la paroi au niveau de ce segment artériel plus anciennement atteint, nous distinguerons des lésions de deux sortes, d'importance différente au point de vue de l'interprétation du processus ; l'hypertrophie de l'en-

dartère d'une part, et d'autre part les modifications de toutes les tuniques au contact de la caverne.

La végétation de la tunique interne est manifestement en rapport avec la thrombose et consécutive à la thrombose ; elle est également développée sur toute la périphérie du caillot ; elle présente absolument le même aspect, la même structure que dans toutes les thromboses d'ancienne date quelle que soit leur origine ; c'est la réaction de la paroi artérielle en présence du corps étranger constitué par la coagulation sanguine ; elle ne saurait donc expliquer la formation de cette dernière et nous renseigne seulement sur son ancienneté.

Les altérations des tuniques artérielles dans tous les points où elles sont en rapport avec la caverne, nous paraissent plus importantes et plus directement liées au développement de la thrombose. Ce sont des lésions spécifiques, de nature tuberculeuse, comme le prouvent les formations caractéristiques qu'on y rencontre et les bacilles dont on peut aisément démontrer la présence. C'est une variété d'artérite tuberculeuse qui a produit l'érosion progressive des parois artérielles de dehors en dedans ; a détruit peu à peu les tuniques et sur un point même a complètement perforé la paroi. Mais il est évident que cette perforation s'est produite à un moment où la cavité artérielle était déjà oblitérée par la thrombose et par la végétation de l'endartère. Les lésions, au moment de notre examen, étaient donc déjà trop anciennes pour permettre de retrouver leur point de départ, de rencontrer la coagulation primitive. Nous pensons pouvoir néanmoins l'attribuer à la tuberculisation des parois artérielles en contact avec la caverne ; et ce fait nous paraît représenter un mode tout à fait exceptionnel de l'évolution de l'artérite tuberculeuse. La formation de thromboses est en effet très rare dans l'artérite tuberculeuse des cavernes ; dès le début des lésions, l'endartère subit au niveau du point malade, une hypertrophie considérable qui rétrécit, puis oblitère la cavité avant que les altérations spécifiques des couches externes aient pénétré jusqu'à son niveau. Mais il peut arriver, et nous l'avons vu, particulièrement en étudiant les formations anévrysmales qui dérivent de cette variété d'artérite, que la tuberculisation des tuniques marche assez vite pour transformer la paroi avant que le travail d'endartérite soit suffi-

samment développé et ait pu préserver la cavité vasculaire ; dans ces cas, au contact de la paroi altérée se produisent des coagulations sanguines de nature et d'étendue variables. Nous supposons ici un processus analogue, car l'endartérite que nous avons constatée dans ce cas était manifestement secondaire à la thrombose, et tout à fait différente par son aspect et sa structure de l'endartérite habituelle dans l'artérite tuberculeuse. Nous pensons donc que les choses ont dû se passer de la manière suivante : les tuniques du vaisseau ont été sur une certaine étendue transformées en tissu tuberculeux tandis que la cavité était demeurée perméable ; au contact de la paroi altérée s'est effectuée une coagulation sanguine oblitérant d'abord ce segment vasculaire dont les lésions étaient le plus anciennes, y déterminant la réaction de l'endartère que nous avons décrite, et s'étendant ensuite à toutes les branches artérielles de ce poumon jusqu'à en déterminer finalement l'oblitération complète.

Il n'est pas nécessaire pour cela d'admettre la pénétration des bacilles dans la cavité vasculaire ; nous n'en avons rencontré aucun dans les caillots ; l'altération de la paroi suffit ce nous semble à expliquer la production de ces caillots et leur extension progressive est un fait commun dans toutes les coagulations sanguines intra-vasculaires, surtout quand elles se produisent dans un vaisseau de gros calibre.

Il s'agit donc en somme d'une thrombose liée à l'évolution de l'artérite tuberculeuse.

Endocardite pariétale chronique avec intégrité des valvules. — Péritonite chronique. — Sclérose du foie.
— **Impaludisme**, par M. HALLION, interne des hôpitaux.

Nous avons recueilli l'observation suivante dans le service de M. Landrieux. Comme elle doit être publiée prochainement dans la thèse de notre ami et collègue Parmentier sur le foie cardiaque, nous avons résumé quelque peu l'histoire clinique du malade, et insisté seulement sur les antécédents morbides. L'examen histologique du foie sera pratiqué par Parmentier ; c'est dans son travail qu'il sera consigné.

Mallinger, Nicolas, âgé de 39 ans, entre le 14 mai 1889, salle Bichat, lit n° 2, dans le service de M. le Dr Landrieux, à l'hôpital St-Antoine.

La mère du malade est atteinte de rhumatisme chronique. Son père souffre d'une maladie de cœur. Il a une sœur dyspeptique, une autre rhumatisante ; il a perdu, à la suite, dit-il, de rhumatisme articulaire, un frère et une sœur. Il a subi diverses maladies : le croup,

la variole, la fièvre typhoïde; depuis l'enfance, il tousse fréquemment. En 1870, gelure des pieds; eczéma de la face. En 1875, en qualité de soldat de marine, il fut envoyé à la Guadeloupe, où il séjourna trois années et où il fut atteint, à plusieurs reprises, d'accès intenses de fièvre intermittente. A la fin de 1876, il aurait souffert, à plusieurs reprises, pendant quatre mois, de coliques de plomb, dues à l'usage de conserves alimentaires; à la même époque, il aurait constaté à trois reprises, le matin au réveil, un œdème des mains, qui se dissipait dans la journée. En 1877, chancre mou avec bubon et blennorrhagie. Trois mois après, « rhumatisme » (?) localisé aux articulations phalangino-phalangettiennes des doigts et des orteils; les ongles tombèrent sans suppuration, et repoussèrent irrégulièrement; il n'existait de douleurs qu'à la pression. On le voit, il ne s'agit pas, en réalité, d'un vrai rhumatisme. En 1878, il est renvoyé en France, atteint d'une cachexie palustre des plus prononcées, que l'on traite à l'hôpital du Val-de-Grâce. On constate à cette époque un souffle à la pointe du cœur, un foie gros, de l'ascite.

En 1879, il sort du Val-de-Grâce, mais il entre à l'hôpital militaire de Vincennes, avec de l'œdème et des palpitations; on le réforme en 1880. Des accidents cardiaques variés continuent depuis lors à se produire de plus en plus fréquents, de plus en plus sérieux: œdèmes, congestions pulmonaires, hémoptysies. Jamais le malade n'a commis de notables excès éthyliques, ni présenté les symptômes de l'intoxication par l'alcool.

A l'entrée dans le service de M. Landrieux, on constate une hypertrophie cardiaque très prononcée, de l'arythmie, un souffle intense dont le maximum est à la pointe du cœur et au premier temps, et qui se propage dans une grande étendue. Pouls veineux jugulaire vrai; hypertrophie considérable du foie et de la rate. Dyspepsie. Dyspnée, congestion des bases pulmonaires. Urines rares, non albumineuses.

Pendant le séjour que le malade fit à l'hôpital, des alternatives d'amélioration et d'exacerbation se succédèrent; la digitale est le médicament qui produisit les meilleurs effets, mais on dut, à plusieurs reprises, en suspendre l'emploi, des indices d'intoxication s'étant montrés. Le strophanthus, la lactose ne réussirent point: l'oxymel scillitique donna quelques résultats diurétiques.

Le 7 décembre 1889, le malade succombe aux progrès de l'asystolie; il meurt avec une dyspnée très intense, dans un état de cyanose des plus accentués.

L'AUTOPSIE est pratiquée 36 heures après la mort. La plèvre gauche renferme deux litres d'un liquide citrin, dépourvu de flocons fibrineux; les parois de cette cavité sont imbibées. Les deux poumons adhérent, par leurs sommets, à la plèvre pariétale; ils présentent, surtout le poumon droit, une congestion très marquée de leur base et de leur bord postérieur.

Le péricarde est sain. Le cœur est énorme, et ses cavités offrent un volume très disproportionné.

Le ventricule gauche est petit, froncé, revenu sur lui-même; son axe vertical, mesuré de la pointe à l'orifice aortique, mesure 7 centim.; l'oreillette correspondante est de dimensions normales. Le cœur droit, au contraire, est extrêmement distendu; cette distension

est surtout remarquable pour l'oreillette droite, qui admet dans sa cavité le poing presque entier.

Les dimensions des orifices artériels sont physiologiques ; mais les orifices auriculo-ventriculaires, très dilatés, mesurent comme circonférence, au niveau de l'insertion des valvules, 12 centimètres pour l'orifice mitral, 16 centim. pour l'orifice tricuspide.

L'oreillette droite et l'auricule sont occupés par un caillot fibrino-cruenté qui se propage dans l'auricule et dans le ventricule correspondants : il en est de même pour les cavités homologues du cœur gauche. Ces caillots ne sont pas adhérents.

L'endocardite présente les altérations suivantes. Dans l'oreillette gauche, il est notablement épaissi, blanchâtre, opaque, absolument lisse ; sa résistance empêche de distendre la paroi qu'il tapisse. La même lésion se retrouve dans le ventricule gauche, mais ici beaucoup plus prononcée encore. Au voisinage et au niveau de la pointe, l'épaississement de la membrane endocardiaque atteint un et jusqu'à deux millimètres ; cette membrane à ce niveau est incrustée de sels calcaires, dure, cassante, et il s'en détache de fines aiguilles, dues à la calcification de grêles colonnes charnues. L'épaississement diminue progressivement à mesure qu'on s'approche de la valvule auriculo-ventriculaire, sans cesser d'être partout assez marqué. Une zone de deux centimètres, au-dessous de l'origine de l'aorte, sur la paroi droite du ventricule, est seule respectée ; en cette région, qui fait face à la valve droite de la mitrale, l'endocarde est sain ; il s'épaissit peu à peu plus bas, de sorte que les limites du tissu malade et du tissu sain ne sont pas brusquement tranchées. C'est manifestement à une rétraction de la membrane interne du ventricule gauche que cette cavité doit son exigüité ; on constate, en effet, sur sa face externe, un véritable froncement accusé surtout au voisinage de la pointe : il semble qu'à ce niveau la paroi cardiaque soit devenue, à un moment donné, trop étendue, et se soit plissée pour s'accommoder à la capacité amoindrie du sac endocardique. La valvule mitrale est remarquablement peu atteinte ; sa valve gauche est légèrement épaissie, vers sa base d'insertion ; sa valve droite présente deux ou trois nodules à peine saillants sur sa face auriculaire ; le bord libre n'est pas lésé.

Le ventricule droit offre sur sa surface intérieure deux taches blanchâtres, répondant à un épaississement de l'endocarde ; ces plaques d'endocardite sont irrégulièrement arrondies, elles ne présentent sur leur pourtour, ni relief abrupt, ni contraste brusque de coloration avec les parties saines ; leur diamètre respectif est de 10 et de 15 millimètres environ. Rien de particulier à noter pour la valvule tricuspide, ni pour l'endocarde de l'oreillette droite.

Le myocarde ne paraît pas altéré, du moins à l'œil nu ; la paroi musculaire du ventricule gauche est d'épaisseur normale ; celle du ventricule droit est un peu épaissie. On note une quantité considérable de graisse sous le péricarde. Poids du cœur : 475 gr.

L'aorte, dans sa portion ascendante et au niveau de la crosse, présente à peine des traces d'athérome au début, tandis que la partie descendante de l'aorte thoracique offre des lésions athéromateuses beaucoup moins discrètes et plus avancées, localisées surtout au voisinage des orifices d'aboutement des intercostales. L'artère pulmonaire est au

contraire le siège de pustules athéromateuses assez abondantes, disséminées dans la partie inférieure du vaisseau.

Tous les organes revêtus par le péritoine adhèrent entre eux et aux parois abdominales d'une façon absolument étroite, par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire peu abondant, qui se laisse aisément déchirer.

Nulle part on ne trouve sur la séreuse une portion saine ; il n'existe en aucun point ni dépôt fibrineux ni liquide enkysté.

L'estomac est de volume normal ; la muqueuse est saine.

La rate, très volumineuse, pèse 925 grammes, sa capsule est épaissie ; son tissu est notablement induré, et ne fournit pas de pulpe splénique par le raclage, la coloration de la surface de corps est d'un brun assez foncé.

Reins congestionnés, indurés ; capsule adhérente ; état granuleux de la surface ; poids : 210 grammes pour le rein droit, 220 pour le rein gauche.

Le foie est solidement fixé au diaphragme par des adhérences péritonéales ; il est moins fortement uni aux autres organes voisins. Sa forme est globuleuse ; sa couleur est brune, peu foncée ; sa surface est couverte de granulations inégales, que séparent des bandes fibreuses étroites ; ces granulations sont pour la plupart assez petites, du volume d'une lentille, peu saillantes, leur coloration n'est pas jaune. La glande est très dure au palper, et crie sous le scalpel. La surface de coupe montre le tissu hépatique divisé par des tractus fibreux grêles et de petites granulations semblables à celles de la surface, mais à peine saillantes. Nulle part on ne trouve l'aspect muscade ; à l'œil nu, on ne constate pas de pigmentation exagérée. Les veines sus-hépatiques sont extrêmement distendues.

Le cerveau est sain, non congestionné ; on note seulement un œdème assez considérable de la pie-mère.

REMARQUES. — L'intérêt de cette observation réside dans la multiplicité des maladies qui ont atteint successivement notre sujet ; dans le caractère exceptionnel qu'ont revêtues les lésions cardio-vasculaires, dans l'existence d'une symphyse péritonéale complète mal expliquée par les commémoratifs, enfin dans la discussion que peut provoquer la pathogénie et l'étiologie des altérations hépatiques.

Nous laisserons de côté cette dernière question, dont notre ami Parmentier cherche la solution, en s'aidant des résultats que lui aura fournis l'étude histologique du foie.

L'endocardite chronique avait revêtu, chez notre malade, une forme assez remarquable. Elle se signalait par sa localisation presque exclusive aux parois du cœur gauche, par l'intégrité presque absolue de la valvule auriculo-ventriculaire, comprise entre deux cavités si fortement atteintes, par le degré considérable d'épaississement et par la calcification que l'endocarde présentait vers la pointe du ventricule gauche. A noter aussi l'existence de deux plaques d'endocardite

sur les parois du ventricule droit. Enfin, les localisations athéromateuses dans les troncs aortique et pulmonaire se répartissaient d'une façon assez normale. Si maintenant on se demande quelle a pu être la cause de ces altérations, il est bien difficile, impossible même de la préciser.

En effet, des maladies très diverses ont frappé successivement le sujet : variole, croup, fièvre typhoïde, impaludisme, blennorrhagie, peut-être saturnisme.

Où trouver, dans cette longue énumération, l'affection qu'on doit incriminer ? Il semble qu'il faille exclure délibérément le rhumatisme, le malade ayant rapporté sous ce nom des accidents qui n'ont rien de commun avec les manifestations rhumatismales. Le développement des premiers symptômes cardiaques, un certain temps après des atteintes multiples et très sérieuses de fièvre intermittente, semble indiquer entre ces deux ordres de phénomènes, une relation causale ; toutefois il serait téméraire de se prononcer à cet égard, d'autant plus que les caractères revêtus par l'endocardite palustre (Lancereaux, Kelsch et Kiener) ne répondent pas au type spécial que nous avons rencontré. Bref, l'étiologie du fait présent est absolument incertaine, et peut-être plusieurs facteurs sont-ils intervenus.

La symphyse péritonéale complète qui unissait entre eux tous les organes revêtus par la séreuse trahissait évidemment une inflammation ancienne. Les commémoratifs, il est vrai, ne portent pas mention d'une péritonite aiguë ; mais il convient, semble-t-il, de tenir pour suspecte la dénomination de coliques saturnines appliquée aux douleurs de ventre dont le malade a souffert en 1876. Ces crises répétées de douleurs abdominales se rattachaient probablement à une péritonite méconnue. On remarquera la coïncidence de ces phénomènes avec des manifestations graves d'impaludisme, coïncidence qui invite à rattacher les uns aux autres les symptômes associés. Peut-être la rate ou le foie ont-ils été le siège primitif de l'inflammation qui se serait ensuite propagée.

Ainsi se rattacheraient à l'infection palustre, d'une part l'endocardite et peut-être les lésions artérielles ; d'autre part la péritonite chronique. Il paraît logique d'admettre cette filiation, mais ce n'est qu'une hypothèse, et cette hypothèse est passible, il faut en convenir, de plus d'une objection.

Carcinome du médiastin chez une jeune femme de 27 ans, par le Dr P. TISSIER.

La jeune fille dont il s'agit dans cette observation ne resta que quelques heures dans le service de notre maître, M. le professeur Proust, salle Ste-Anne, n° 28 bis. Aussi les renseignements que nous possédons sur son histoire sont-ils incomplets. Toujours bien portante jusqu'à l'année dernière, elle eut à cette époque une pleurésie séreuse gauche qui fut ponctionnée et considérée comme une pleurésie vulgaire. Depuis lors, elle a toujours ressenti des douleurs dans le côté gauche du thorax, particulièrement vives au niveau de la région inter-scapulo-vertébrale. Il y a quelques mois, elle a commencé à tousser ; amaigrissement ; plusieurs hémoptysies, d'ailleurs peu considérables. Gêne de la respiration.

Son état s'est aggravé depuis quelques jours. Elle entre à l'hôpital dans un état d'amaigrissement assez notable. Dyspnée assez intense. Toux fréquente, expectoration muco-purulente. Matité absolue de la région sous-claviculaire gauche, descendant assez bas et occupant presque toute la partie antérieure gauche de la poitrine. Matité au niveau de la partie supérieure du sternum. Submatité à droite, sous la clavicule. En arrière, le son est plus particulièrement obscur au niveau de la fosse sous-épineuse et de l'espace interscapulo-vertébral gauche.

A l'auscultation, souffle et râles sous-crépitaux en arrière, à gauche ; les râles sont surtout nombreux au niveau de la fosse sous-épineuse. En avant, du même côté, souffle et râles cavernuleux. Quelques râles sous-crépitaux à droite. Les bruits du cœur semblent normaux, quoique assez sourds. Mais l'examen a été sur ce point trop rapide pour que nous ayons songé à mettre cet assourdissement des bruits sur le compte de lésions du péricarde. Urines légèrement albumineuses.

De cet examen sommaire, étant donné l'âge et les commémoratifs, nous concluons à la tuberculose.

Nous retrouvâmes notre malade à l'AUTOPSIE. Elle avait succombé avec de la cyanose.

Dès l'ouverture du thorax, nous constatons notre erreur et nous nous trouvons en face d'une néoplasie, qui occupe la partie supérieure et antérieure du médiastin, d'où elle diffuse, comme centre, vers les parties voisines. Le plastron sternal enlevé adhère à la tumeur par deux petites languettes néoplasiques sectionnées pendant l'enlèvement. De chaque côté du sternum, suivant le trajet des vaisseaux mammaires, court un chapelet de tumeurs adhérentes, du volume d'une noisette à celui d'un haricot, plus nombreuses et plus volumineuses à gauche. Nous enlevons en bloc les organes contenus dans le thorax. Il y a des adhérences assez résistantes, entre les feuillets viscéral et pariétal de la plèvre, surtout au niveau des sommets et à gauche, au niveau du bord postérieur du poumon.

A la partie postéro-supérieure du thorax, du côté droit, plusieurs nodosités néoplasiques étalées. Tout le côté gauche du thorax est tapissé de masses cancéreuses, occupant la plèvre pariétale, ici nodulaires, là infiltrées. Le maximum des lésions correspond à la gouttière

vertébrale. Nodosités plus petites, mais nombreuses, sur la plèvre diaphragmatique, à gauche.

Le *poumon* droit est sain, sauf à la partie supérieure qui est envahie par contiguité, par le néoplasme. Le poumon gauche est affaissé, carnisé. La plèvre viscérale est très épaissie. Elle forme au niveau des scissures deux poches qui renferment un liquide citrin. La partie supérieure et antérieure du poumon gauche est envahie par la tumeur.

Celle-ci forme, derrière la première pièce du sternum, une masse volumineuse, molle, d'aspect encéphaloïde, blanchâtre et donnant au raclage du suc en abondance.

La *trachée* n'est pas comprimée, les bronches droite et gauche ont leur calibre normal. Les nerfs récurrents et pneumogastrique semblent sains. La veine cave supérieure et le tronc brachio-céphalique veineux gauche, quoique compris dans la tumeur, ne semblent pas notablement rétrécis.

Le péricarde contient plus de 700 gr. de liquide citrin. Le feuillet pariétal est lisse, sous le feuillet viscéral, à la partie postérieure du ventricule gauche, on voit une masse néoplasique allongée dans le sens du sillon interventriculaire, et qui sur une coupe ne dépasse pas la partie superficielle du myocarde. Le tissu cellulaire prépéricardique est envahi par une large fusée néoplasique.

Rien au foie, à la rate, dans le péritoine; les reins sont congestionnés, la capsule est légèrement adhérente. Rien dans les autres organes. Pas de ganglions cervicaux, sus-claviculaires, axillaires ni inguinaux.

A l'*examen histologique*, carcinome à stroma fibreux assez développé, ne présentant rien de spécial.

Cette observation présente un certain intérêt. Elle rentre dans le cadre des faits qu'a signalés dans ces derniers temps M. Letulle. Ces faits ne semblent pas très rares et il en a été communiqué plusieurs cette année même à la Société anatomique (Mallet).

Ils présentent tous de grandes analogies cliniques et, particularité importante, se voient chez des sujets relativement très jeunes (1).

Au point de vue anatomo-pathologique, ils sont aussi comparables sur beaucoup de points. Début à la région antéro-postérieure du médiastin, derrière la poignée sternale, généralisation aux plèvres et au tissu cellulaire prépéricardique.

Histologiquement leur structure est fort variable: sarcome, lymphosarcome, adénosarcome, carcinome.

Faut-il en conclure que l'analogie clinique qui relie ces

(1) La plupart concernent des femmes, si nous nous rapportons à nos recherches dans la littérature médicale.

différentes néoplasies est purement due à leur siège, liée à leur topographie et que leur origine est diverse ? Ce serait peut-être aller trop loin.

Quoi qu'il en soit, l'on tend aujourd'hui à revenir à l'idée, déjà fort ancienne, que certains néoplasmes malins du médiastin supérieur ont pour origine le thymus. Nous ne rappellerons que le cas d'Astley Cooper (1832) dans lequel il s'agissait d'un sarcome médullaire, chez une jeune fille de 19 ans, qui fut rapporté au thymus.

Friedleben, qui a consacré un mémoire à cette question, rejette comme non démonstratives les observations anciennes et met en doute l'origine thymique des néoplasies médiastines, pour cette raison que le thymus subit rapidement une évolution régressive. Birch-Hirschfeld (1887) reprend la théorie ancienne, mais sans donner de preuves absolument décisives. Citons les observations de Standener (1 an), de Siederbaum et Hedenius (22 ans), et de Mott (21 ans). Ce dernier auteur donne comme caractère des tumeurs du médiastin d'origine thymique, la présence de deux languettes néoplasiques reliant la tumeur au sternum. C'était le cas chez notre malade.

Enfin, M. le Dr Letulle (*Semaine médicale*, 1889), dans une leçon faite à l'Hôtel-Dieu, appelle de nouveau l'attention sur ces tumeurs, dont il rapporte 4 cas, et définit d'une façon précise leurs caractères évolutifs, au point de vue clinique et anatomique.

Notre observation rentre exactement dans le cadre de sa description ; c'est là une des raisons qui nous ont poussé à la publier.

Fibromes calcifiés de la plèvre, par M. Alex. PILLIET,
interne des hôpitaux.

Les pièces que j'ai l'honneur de présenter proviennent d'un vieillard de 74 ans, mort à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, service de M. le docteur Albert Gombault, d'une néphrite interstitielle très avancée.

A L'AUTOPSIE, outre les lésions habituelles du rein et du cœur, sur lesquelles nous n'insisterons pas, on trouva sur la plèvre pariétale, des deux côtés, un certain nombre de plaques saillantes ayant l'aspect de la porcelaine translucide. Saillantes, formant un relief de près d'un centimètre par places, elles ont un bord irrégulier et dentelé et ressemblent à des coulées inégales de cire. Le plastron sternal enlevé pour l'autopsie en présente huit à dix, allongées, ayant en moyenne 4 à 6 centimètres de long et une largeur très inégale à cause de l'irrégularité de leur circonférence. On les retrouve sur les parties

latérales surtout au niveau des côtes ; sur le diaphragme qui en présente un groupe assez considérable. Enfin, la plus grande, qui mesure 18 centim. de long sur 6 à 7 de large, se trouve accolée au côté droit de la colonne vertébrale, parallèlement à l'aorte. La plèvre pulmonaire n'en présentait aucune. Ces plaques peuvent être mobilisées sur les plans sous-jacents, quelques-unes paraissent adhérer aux côtes, mais les coupes montrent que cette adhérence est purement fibreuse. Sur une coupe fraîche, leur tissu est d'un blanc bleuâtre, translucide et semblable à du cartilage hyalin ; leur portion profonde présente des lamelles jaunâtres de tissu calcifié.

A l'examen microscopique, les coupes non décalcifiées montrent des faisceaux de fibres englobées dans une substance calcaire, l'ensemble rappelle l'aspect d'une tresse de paille trempée dans l'eau et gelée ensuite.

La substance déposée est formée de très fins globules tassés par places, sur d'autres points elle apparaît amorphe. Sur les coupes, décalcifiées par le mélange d'acide picrique et d'acide formique, et colorées au picro-carmin, on peut se rendre compte de la disposition des tissus.

C'est la couche fibreuse, sous-endothéliale de la séreuse qui est le point de départ de la prolifération. Elle forme d'épaisses lames de tissu conjonctif, parallèles, ayant grossièrement l'aspect du tissu cornéen, et entre lesquelles se voient des rangées de cellules très aplaties, dont beaucoup ne se colorent pas par le carmin.

Il existe d'autres fibres suturales, perpendiculaires aux premières. Dans l'épaisseur des plaques on ne distingue aucun vaisseau.

Ces productions ont été décrites par Cruveilhier (1), sous le nom d'ossification pleurale, ou pétrification des fausses membranes organisées intermédiaires à la plèvre costale et à la plèvre pulmonaire. Il les attribue en effet non aux plèvres, mais aux fausses membranes qui suivent les pleurésies chroniques. Cependant, ajouta-t-il, ces plaques calcaires s'observent toujours au milieu de couches fibreuses très denses, quelquefois en forme de plastron. Il les a constatées également sur la plèvre pulmonaire. Dans notre cas, les deux plèvres ne présentaient aucune trace d'inflammation.

Cruveilhier, qui a vu que ces plaques étaient ossiformes et non osseuses, « elles ne présentent ni canalicules, ni les points noirs en forme de mouches caractéristiques », signale les ostéophytes costaux et l'atrophie des côtes par raréfaction du tissu osseux, au niveau de ces plaques. Chez notre sujet les côtes étaient très friables, à cavités médullaires élargies, pleines de moelle grasseuse, les fibres de Sharpey étaient

(1) CRUVEILHIER. *Traité d'anatomie pathologique*, T. III, p. 841, 1856.

abondantes dans les systèmes de Havers. Mais ces lésions peuvent relever de l'ostéoporose sénile.

Ces plaques ne nous paraissent pas dépendre d'une pleurésie chronique. Les séreuses comprennent, on le sait, une couche endothéliale, qui repose sur une seconde couche fibreuse de 1 millim. d'épaisseur en moyenne, véritable squelette de la séreuse. Cette couche dont l'importance a été relevée par Robin et Cadiat (1) est composée de faisceaux conjonctifs parallèles et de fibres élastiques dans ses plans profonds. Elle repose sur la couche de glissement de la séreuse, qui n'est que du tissu cellulaire avec pelotons adipeux. C'est à la seconde couche de la séreuse que nous sommes porté à rattacher ces fibromes d'aspect cornéen, qui se calcifient parce qu'ils sont privés de vaisseaux, en vertu d'un mécanisme élucidé par M. Talamon, dans son mémoire sur la calcification, et sur lequel nous ne nous étendrons pas.

Notons que les tumeurs de la couche endothéliale, les endothéliomes se calcifient souvent aussi, pour la même raison ; les lipomes de la plèvre, développés aux dépens de sa troisième couche, et qui sont véritablement sous-pleuraux, se trouvent au contraire dans un plan très vascularisé et leur calcification est beaucoup plus rare.

Hydronéphrose double chez un ataxique de 57 ans, par A. PILLIET, interne des hôpitaux.

Le nommé Billet, Jean, âgé de 57 ans, entre pour la première fois en mars 1888 à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, dans le service du Dr Albert Gombault.

C'est un homme de taille moyenne, à figure pâle, présentant une arthropathie ancienne de la hanche, avec fracture probable du côté du fémur gauche, et ascension de la tête de l'os, que l'on sent sous la peau. La fracture se serait produite à la suite d'un effort en 1887. Les deux genoux sont tuméfiés, présentent des craquements qui existaient avant l'accident ; le genou gauche a présenté de l'hydarthrose. Ces arthropathies multiples font porter le diagnostic de tabes fruste, qui, disons-le immédiatement, a été confirmé par l'évolution de la maladie et par l'examen direct de la moelle à l'autopsie.

Mais ce n'est pas de cela que se plaint le malade. Il accuse surtout une *céphalalgie* frontale tenace, assez douloureuse pour gêner le sommeil et s'accompagnant de *vomissements* qui surviennent sans efforts, sans nausées. L'urine recueillie est en *grande quantité*, 5 litres par jour en moyenne ; elle est très claire, peu colorée, légèrement trouble, et ne contient ni albumine ni sucre. La poitrine est un peu globuleuse en avant, l'auscultation n'y révèle que de l'emphysème.

(1) V. CADIAT, *Traité d'anat. générale*, T. I, p. 403, 1879.

Au cœur, la pointe est abaissée, il existe un léger bruit de galop, le pouls est régulier, assez dur, la radiale flexueuse. Pas d'œdème péri-malléolaire. La température est légèrement au-dessus de la normale.

La céphalée a débuté il y a six semaines environ, et s'est accompagnée d'une polydipsie qui persiste encore.

Au 2 avril, la polyurie et la polydipsie persistent, les vomissements sont irréguliers, mais abondants, la céphalée a disparu.

Le 18, la polyurie diminue (4 litres à 3 litres $1/2$), le malade est réveillé la nuit en sursaut par des étouffements ; il a des étourdissements et des crises de sueurs froides qui durent une demi-heure en moyenne. Il a très peu d'appétit, son visage présente une pâleur marquée.

Le 5 mai, la quantité d'urine rendue par jour varie entre 2 $1/2$ et 3 litres $1/2$; les vomissements ont disparu, le malade sort de l'infirmerie.

Le 12 juin 1888, le malade rentre à l'infirmerie, se plaignant encore d'étouffements.

Il y a 15 jours, cette dyspnée qui lui est habituelle et devenue plus forte. Au lieu de revenir de temps en temps, sous forme d'accès irréguliers, elle se manifeste par des accès à retour quotidien, diurnes et nocturnes, mais surtout nocturnes. Les repas paraissent avoir, au dire du malade, une certaine influence sur leur retour ; les accidents se succéderaient ainsi : nausées, vomissements alimentaires et accès dyspnéique. Il n'y a plus de céphalée.

Le malade examiné en dehors d'un accès présente une poitrine globuleuse, la respiration est haute et régulière, 92 R. par minute, on n'entend presque pas de râles dans la poitrine ; la respiration est très faible aux deux bases, humée aux sommets. La pointe du cœur bat dans le 6^e espace intercostal, en dedans du mamelon, l'impulsion cardiaque est très énergique. Bruit de galop net à la pointe. A la base, les bruits du cœur sont assourdis. Le pouls est à 44, régulier et plein, l'artère est assez dure. Il n'y a pas d'œdème lombaire ni malléolaire.

La quantité d'urine émise par jour est de trois litres environ. L'urine est aqueuse, incolore, donnant un très léger nuage d'albumine tant par la chaleur et l'acide acétique que par le réactif Tanret.

Sous l'influence du régime, les crises dyspnéiques s'améliorent rapidement et le malade sort de l'infirmerie le 3 juillet.

Le 16 novembre 1888, retour du malade. Ses accès d'étouffement n'ont jamais cessé depuis son départ, ils lui revenaient la nuit, de 9 à 11 heures du soir, mais en somme l'état général s'était plutôt amélioré. Il y a un mois, le malade s'est enrhumé ; il a eu une bronchite tenace, avec dyspnée continue et perte de l'appétit.

Depuis une dizaine de jours ses jambes ont enflé et il est resté couché dans son dortoir jusqu'à son entrée dans la salle.

Maintenant sa dyspnée est continue, le malade ne respire bien qu'assis ou soutenu par deux oreillers ; la parole est entrecoupée. La toux est assez fréquente, surtout la nuit, l'expectoration est muco-purulente.

Le malade présente une légère bouffissure de la face et un œdème modéré, mais net, des membres inférieurs. L'auscultation fait entendre des râles sous-crépitaux disséminés, surtout très abondants aux bases ; la base gauche est plus atteinte, l'air y pénètre mal. La dysp-

née est assez marquée pour que le malade ne puisse suspendre sa respiration, ce qui empêche d'entendre le cœur; le pouls est à 92.

L'urine est extrêmement pâle, nuage d'albumine par le réactif Tanret, pas de sucre.

Les signes du tabes se sont accentués, le malade a présenté il y a un an des crises de douleurs fulgurantes dont la durée ne dépassait pas 24 heures; il a de nombreuses plaques d'anesthésie et d'analgésie sur les membres. Depuis quelques mois il perd involontairement ses urines, surtout la nuit, ce qui empêche d'apprécier le degré de sa polyurie, qui paraît néanmoins continuer. La quantité d'urine émise est évaluée à 3 litres environ.

On ordonne de la digitale, sous forme de teinture; l'état général se rétablit lentement, la convalescence est traversée par des crises de douleurs fulgurantes.

Pendant la période de décembre, l'amélioration a été rapide et progressive; le malade a eu quelques crachats hémoptiques, mais passagers; l'urine présente un léger trouble par le réactif Tanret, sa quantité est un peu diminuée, 2 litres 1/2 à peu près. Il n'existe plus de gêne respiratoire. Exit le 4 janvier 1889.

Le 4 février, le malade rentre pour ses étouffements et pour une douleur spontanée, réveillée par les mouvements, dans la masse sacro-lombaire. Il a de nouveau la face bouffie et un œdème assez marqué des membres inférieurs et de la région lombaire.

On ne trouve dans les poumons que de la respiration humée et des râles disséminés peu abondants. Le cœur est difficile à ausculter, mais on peut constater l'énergie de l'impulsion cardiaque. Il existe de la dilatation des jugulaires, le foie ne déborde pas sensiblement. Le malade éprouve une certaine difficulté à uriner.

Les arthropathies des deux genoux se sont accusées, la peau présente des dilatations veineuses marquées. Il existe toujours des plaques étendues d'anesthésie, pour le contact et pour la chaleur.

Le 5 mars 1889, après une courte sortie, le malade rentre dans le même état, dyspnée, bouffissure de la face, etc. On note de plus la faiblesse du pouls, qui est petit et assez rapide, quoique régulier, et l'augmentation de l'œdème de la région lombaire et des jambes. Aux poumons, râles sous-crépitaux disséminés assez nombreux; pas de signes d'épanchement. Il sort de nouveau le 14 mai après avoir été soumis au régime lacté.

Le 13 novembre 1889, le malade rentre avec de la diarrhée; 5 à 6 selles par jour; il aurait déliré dans sa division. Il tousse et crache beaucoup, son appétit est très diminué. Il est très affaibli, profondément pâle. La face est légèrement bouffie, les jambes sont enflées, ainsi que les cuisses jusqu'aux aines; cet œdème ne daterait que de cinq jours; la dyspnée est très grande, l'abattement assez marqué.

Les poumons présentent des râles de bronchite, mais pas de foyers, pas d'épanchement pleural.

Il existe un petit abcès sous le bord du maxillaire inférieur.

Les urines sont abondantes, pâles, leur densité est de 1008, l'albumine s'y trouve en grande quantité.

Les jours suivants, le malade est tombé dans une somnolence croissante, dont on pouvait pourtant le tirer en l'interrogeant. Pas de délire ni de convulsions. La diarrhée s'était arrêtée. Le malade meur

après avoir présenté une augmentation progressive de la somnolence et de la dyspnée, le 18 novembre.

L'AUTOPSIE, pratiquée le lendemain matin, fit reconnaître la dégénérescence grise des cordons postérieurs accompagnée d'un léger degré de méningite ; le fémur gauche présentait une fracture du col ; l'extrémité de l'os était usée et amincie. Les condyles des deux fémurs, la tête des deux tibias, les rotules étaient au contraire très hypertrophiés, couverts d'une quantité considérable d'ostéophytes sessiles ou pédiculés ; enfin il existait dans chaque articulation du genou un grand nombre de corps étrangers, de différents volumes.

Les poumons présentaient un œdème marqué, et laissaient échapper à la coupe une grande quantité de liquide clair, spumeux, à peine rosé. Le cœur, gros, présentait une teinte jaunâtre, avec hypertrophie du ventricule gauche et dilatation de sa cavité. L'estomac, le foie et la rate ne présentaient rien de particulier. Les deux reins étaient très atrophiés, bosselés, leur capsule épaissie était blanchâtre ; chacun d'eux était accolé à une poche formée par le bassin dilaté et atteignant le volume du poing. Cette poche se continuait avec l'uretère non rétréci ni dilaté et paraissant normal. La vessie, revenue sur elle-même, avait des parois souples, sa surface interne était blanche, sans traces d'inflammation.

L'*examen histologique*, d'après les coupes faites par M. A. Gombault, a montré une sclérose profonde, très avancée, du rein. Dans la capsule se voient d'abondantes trainées parallèles de cellules embryonnaires ; au-dessous, ces mêmes éléments forment une nappe large, continue, sur le fond de laquelle tranchent les glomérules dont la transformation fibreuse est complète, et qui sont dispersés sans ordre, comme au hasard. Plus bas, dans le labyrinthe, on ne trouve plus trace de l'ordination régulière des parties constituant de l'organe. Le tissu de sclérose est très abondant, formé de faisceaux fins, ondulés, qui séparent des cellules rameuses qui, sur les coupes, se montrent étoilées et surtout en forme de croissant. Les tubes, très diminués de largeur, n'ayant plus de lumière, sont tapissés par de petites cellules cubiques, contenant du pigment jaunâtre. De place en place, on rencontre des îlots de tubes dilatés, débris de granulations de Bright ; quelques-uns forment de petits kystes microscopiques à contenu colloïde. Dans cette série, un certain nombre des glomérules ne sont qu'incomplètement pris, et l'on peut suivre tous les degrés de l'épaississement de la capsule et de l'étouffement du bouquet glomérulaire.

Les pyramides de Malpighi sont aplaties et effacées ; dans ce qui en reste, la sclérose est extrême. La plupart des tubes sont flexueux, couchés en zig-zag, à cellules petites, cubiques et pâles ; quelques-uns sont dilatés, leurs cellules sont plus volumineuses et se colorent fortement par le picro-carmin. Les autres ont leurs parois très épaisses, surtout par l'hypergénèse considérable des fibres élastiques.

EN RÉSUMÉ, l'observation clinique nous montre comme signes subjectifs la céphalée, les vomissements, la dyspnée, d'abord par accès, puis continue ; comme signes objectifs a polyurie, l'albuminurie, l'hypertrophie cardiaque avec bruit de galop, enfin les œdèmes. Ces phénomènes ont suivi

une marche régulière et progressive, en sorte qu'il était impossible de reconnaître le mal de Bright et de poser un autre diagnostic. Pourtant l'autopsie nous a montré une hydronéphrose double, dont la cause échappe, et qui pourrait peut-être se rattacher aux troubles vésicaux que le malade devait à son ataxie. La sclérose du rein est trop avancée pour que l'on puisse la systématiser et voir comment ont débuté les lésions; on peut seulement voir que, comme c'est d'ailleurs la règle, elles présentent leur maximum d'intensité sous la capsule. Il en résulte qu'un processus morbide différent de celui qui produit la néphrite interstitielle, mais aboutissant au même résultat, la sclérose du rein, peut se traduire en clinique par les mêmes symptômes que cette dernière. Le mal de Bright ne serait donc pas lié à une forme anatomique spéciale et constante; c'est ce que notre cas tend à démontrer. Du reste, on sait que la néphrite ascendante qui accompagne toujours le cancer utérin détermine le plus souvent des accidents urémiques identiques à ceux du mal de Bright. Les faits de cet ordre nous ont paru intéressants à relever à une époque où l'unité clinique, histologique et pathogénique du syndrome de Bright est affirmée par de très bons observateurs. (V. LAFFITE, *Pathogénie des néphrites*, thèse Paris, 1889.)

ÉLECTIONS

Membre titulaire : M. DUFLOQ.

Membres adjoints : MM. CHIPAULT, LEGRY et TISSIER.

TABLE DES MATIÈRES

A

ABDOMEN, *kystes hydatiques* multiples, P. Thiéry, 317.
 ABDOMINALE (PAROI), *fibrome calcifié*, Kirmisson, 392.
 ACCOUCHEMENT, *présentation de l'épaule*, Isch-Wall, 20. — *dystocie par fibrome utérin*, Isch-Wall, 20; Lesueur, 614.
 ADÉNOME, *capsule surrénale*, Pilliet, 199, 423. — *foie*, Mosny, 363 (avec cirrhose). — *rein*, Girode, 65; Pilliet, 541; Souques, 615.
 ADHÉRENCES AMNIOTIQUES et vices de conformation, Chavane, 613.
 AINE, *ganglions*, F. Dreyfous, 17 (adénite d'origine utérine). — *tumeurs*, P. Thiéry, 470 (kyste).
 AISSELLE, *fibrome*, Castro, 271.
 ALCOOLISME, Mosny, 363; Glover, 376; Lovy, 633.
 AMPUTATION, *avant-bras*, Sauvineau, 559. — *congénitale*, Chaput, 453. — *cuisse*, Reboul, 55 (pour arthropathie tabétique); 393 (ostéomyélite).
 AMYLOÏDE (dégénérescence), Mallet et Vaquez, 455.
 AMYGDALÉ, *épithélioma*, Lubet-Barbon, 278. — *tuberculeuse*, Caryophyllis, 500.
 ANÉVRYSME, *aorte abdominale*, Bezançon, 130 (rupture). — *aorte thoracique*, Tison, 1 (ouvert dans le péricarde); L. Wickham, 51 (perf. du sternum, rupture); Poulaillon et Legry, 491 (dissé-

quant), Létienne, 623 (syphilis?). — *artério-veineux*, Delbet, 36, poplité, extirpation. — *cœur*, Bouisson, 534 (syphilis?); de Grandmaison, 626.
 ANGIOME, P. Petit, 468 (méat de l'urètre de la femme).
 ANUS CONTRE NATURE, P. Thiéry, 255 (iliaque; pour cancer du rectum; manuel opératoire); Legrand, 459 (occlusion).
 AORTE (voy. *Anérrysmes*), *rupture*, Pilliet, 494 (intra-péricardiques).
 APHASIE, Tison, 570 (avec hémiplegie gauche); Souques, 628 (motrice).
 ARTÈRES, *anatomie*, Ricard, 10 (linguale; ligature; rapports de la glande sous-maxillaire). — *anomalies*, Potherat, 280 (thyroïdienne supérieure). — *oblitération*, Caryophyllis, 439 (athérome; thrombose). — *syphilis (?)*, Bouisson, 534; Létienne, 623. — *thrombose*, Mallet et Vaquez, 455 (marastique; bactériologie); Menetrier, 588 et 650 (par *artérite tuberculeuse*).
 ATAXIE LOCOMOTRICE, *arthropathies*, Reboul, 55 (genou, examen des nerfs articulaires); Mossé, 281; Chipault, 546 (pied); Pilliet, 664.
 ARTICULATIONS (voy. *ATAXIE*), *arthrite*, Reboul, 393 (par lésions osseuses). — *arthrites infectieuses*, Babinski et Charrin, 468 (maladie pyocyannique). — *arthrite sèche*, Lyot, 62 (coude,

- suite de fracture) ; Poirier, 392 (épaule).
 ASYSTOLIE, Caryophyllis, 202 ; Pilliet, 541 ; Souques, 615 ; de Grandmaison, 626 ; Hallion, 655.
 ATHÉROME ET ARTÉRIO-SCLÉROSE, L. Wickham, 51 ; Girode, 65 ; P. Bezançon, 130 ; Kirmisson, 196 (gangrène sénile) ; Mallet, 400 (aorte, coronaires) ; Caryophyllis, 439 ; Hallion, 655.
 AVORTEMENT, Thiercelin, 363 (tuberculose congénitale consécutive) ; H. Legrand, 321 (grossesse gémellaire, intoxication hydrargyrique).

B

- BASSIN, *kystes hydatiques*, Thiéry, 317. — tumeur maligne, Legrand, 478 ; de Grandmaison, 351.
 BILLIAIRES (VOIES), *cancer*, Netter, 36 ; Maurin, 554. — *fistule*, de St-Germain, 288 (cholécystotomie). — *lithiase*, Aviragnet et Vassal, 206 (fistule cysto-duodénale) ; Legry, 405 (*ictère chronique*, cirrhose). — *occlusion et ictère* (voy. DUODÉNUM ET PANCRÉAS (*cancer*)).
 BRANCHIALES, *fentes*, Pilliet, 381 ; Broca, 385.
 BRANCHIAUX (ARCS), *vices de développement*, Poirier et Retterer, 338.
 BRONCHES, *dilatation*, Pilliet, 191 (ampullaires ; sommet) ; 275 (ampullaires ; mort d'hémoptysie).
 BRONCHITE, *pseudo-membraneuse*, Caussade, 371.

C

- CÆCUM, *cancer*, Tison, 609. — *tumeur*, Pilliet, 478. — *typhlité*, Souques, 429 (ulcéreuse, abcès du foie).
 CANAL de Gaertner, Poupinel, 466 (kyste du vagin).
 CANCER (voyez les organes), *colloïde*, Lyon, 508 (estomac). — *lymphangite* (disc.), 455. — *et tuberculose*, Maurin, 554. — *pénétration dans les veines*, Mallet, 517.

- CARCINOME, Darier et Bourges, 409 (alvéolaire, S iliaque) ; Spivakoff, 621 (testicule) ; Tissier, 661 (médiastin).
 CAROTIDE *externe*, Isch-Wall, 439 (ligature).
 CARTILAGES, *mélanose*, Achard et Vidal, 6.
 CERVEAU, *abcès*, Bouisson, 337 (pariétale ascendante). — *aphasie*, Tison, 558, 570 (avec hémiplegie gauche) ; Souques, 628 (motrice). — *artérite*, Bouisson, 534 (syphilis ?). — *contusion*, Thiéry, 418. — *hémorrhagie*, P. Besançon, 131 ; Klippel, 648 (couche optique ; paralysie de la face pour les réflexes seulement). — *névrome atypique*, Pilliet, 425. — *œdème*, Nicolle, 112. — *paralysie générale des aliénés*, Klippel, 635. — *porencéphalie*, H. Legrand, 307. — *ramollissement*, P. Tissier, 85 ; Nicolle, 112 ; Klippel, 235 (couche optique, hémiplegie, perte du sens musculaire) ; Bouisson, 534 (hémorrhagique) ; Tison, 558, 570 ; Souques, 628 ; Bourges, 642 (enfant). — *tubercules massifs*, Matton, 181.
 CERVELET, *tumeur*, Caussade, 299 (incoordination motrice, nystagmus).
 CHLOROSE, Glover, 123 ; Tissier, 239 (mortelle, état de l'aorte et des organes génitaux ; rapports avec la tuberculose).
 CHOC TRAUMATIQUE, Verchère, 362.
 CHONDROMES BRANCHIAUX, Poirier et Retterer, 338.
 CHORÉE, *sénile*, P. Tissier, 85 (essentielle ou symptomatique).
 CŒUR, *anévrisme*, Bouisson, 534 (syphilis ?) ; de Grandmaison, 626. — *endocardite*, Caussade, 299 (enfant) ; Caryophyllis, 439 (chronique) Létienne, 249 (végétant Guyon, 269 (ulcéreuse) ; Hallion, 655 (paludique). — *fibro-lipor* Caryophyllis, 202. — *gras*, Pilliet, 541. — *kyste hydatique*, Mar Durr, 131. — *lésions mitrales* Tison, 285, 570 (insuffisance

- Lyon, 512 (rétréc. congénital ?), avec rétr. tricuspidien; Souques, 628 (rétr.). — *malformations*, Gampert, 604 (inversion des troncs artériels; commun. interventr., cyanose). — *myocardite scléreuse*, Pilliet, 478. — *rupture*, Mallet, 400; Pilliet, 478. — *symphyse*, Girode, 3 (chez un tuberculeux); Mallet, 517. — *thrombus*, Souques, 631.
- CONTUSION, Chrétien, 436 (kyste hématique persistant).
- CORACO-CLAVICULAIRES (ligaments), Nicolas, 269 (ossification du ligament conoïde).
- CORDON spermatique, *kystes*, Roché, 348 (paroi calcaire).
- COU, *adénite*, A. Gauthier, 357 (scarlatine, hémorrhagie). — *appendices cartilagineux* congénitaux, Poirier et Retterer, 338. — *fistules*, Broca, 385. — *kystes*, Pilliet, 381 (dermo-lymphoïdes). — *lymphadénome*, Dagron, 522.
- COU-DE-PIED, Poirier et du Bouchet, 289 (kyste synovial; corps étranger articulaire).
- CRANE, *enfouissement ancien*, Deguéret, 335. — *hyperostose*, Morax, 445 (syphilis ?). — *trépanation*, topographie crânio-cérébrale, Thiéry, 418; Broca, 421; Cornil, 413 (ablation d'une tumeur des méninges).
- CUISSE, *kyste hématique*, Chrétien, 436. — *lipome*, Chipault, 93 (calcifié); Ettlinger, 418 (ulcéré). — *Sarcome*, Delaunay, 397.
- CYANOSE congénitale, Gampert, 604.

D

- DIABÈTE, *névrites*, mal perforant, Cornil, 583.
- DOIGTS, *kystes à contenu sébacé*, Verchère, 45. — *à ressort*, Poirier, 92 et 106; F. Villar, 463 (théorie ostéo-articulaire); Carlier, 185 (nodosité tendineuse).
- DUODÉNUM *anatomie*, Hartmann, 95; Jonnesco, 125. — *Épithélioma*, Morax, 482; Pilliet, 589.

E

- ENCÉPHALE, *tuberculeuse*, G. Causade, 119 (tubercule unique du mésocéphale).
- ENDOTHELIOME, Pilliet, 189 (dure-mère); Cornil, 413 (pie-mère).
- ÉPAULE, *arthrite sèche*, Poirier, 392 (voyez LUXATIONS).
- EPIPLOON, kystes hydatiques, P. Thiéry, 317.
- EPITHÉLIOMA (voyez ADÉNOME), forme des noyaux, Cornil, 530. — *cylindrique*, Legrand, 459 (Siliaque); Morax, 482 (duodénum); Caryophyllis, 505 (estomac); Maurin, 554 (vés. biliaire); Pilliet, 589 (duodénum). — *polycystique de l'ovaire*, Chipault, 619; Cornil, 620 (dégénérescence ganglionnaire); Poupinel, 60 (évolution maligne d'un kyste dermo-mucoïde) (voyez OVAIRE). — *pavimenteux*, Lubet-Barbon, 278 (amygdale); Potherat, 63 (utérus). — *tubulé*, Toupet, 30 (sous-unguéal); Legrand, 478 (généralisé; origine ?).
- ESTOMAC, *cancer*, Isch-Wall, 20 (perforation sans péritonite); Tison, 247, 450; Caryophyllis, 441 (squirrhe); Lyon, 508 (colloïde; fistule gastro-colique); Maurin, 554. — *cancer latent*, Josias et Leblond, 42; Caryophyllis, 203; P. Thiéry, 317. — *épithélioma*, Caryophyllis, 505. — *gastrite alcoolique*, Pilliet, 541. — *infarctus*, *ulcères* (maladie pyocyannique) Charrin et Ruffer, 18. — *rupture*, P. Thiéry, 353 (par chute sur les ischions). — *sclérose pylorique*, Pilliet, 538 (avec tumeur; faux cancer). — *ulcère*, Cornil, 177 (pris pour un cancer; gastrorrhagie). — *ulcère perforant*, Glover, 123; Létienne, 249 (théorie embolique). — *varices* (cirrhose du foie), Moutard-Martin, 44.
- EXENCÉPHALIE, Chavane, 613; Chaput et Droin, 644 (descr. du crâne et du cerveau).
- EXOSROSE, maxillaire inférieur, Nicolas, 268.

P

PAGE, malformation (bourse), Chavanne, 613. — *paralyse* des réflexes seulement, Klippel, 648 (lés. de la couche optique).

PÉRIOME, *abdominal*, paroi, Kirmisson, 392 (cystique). — *axillaire*, Cautin, 271. — *glande*, Pilliet, 662 (cystique). — *urètre de la femme*, Temoin, 400.

PINKET-NARCOMY, Mauvignou, 559 (minin).

PIÈVRE TYPHOÏDE, *larynx*, Lovy, 633.

POLE, *abcès*, Bouques, 429 (multiples; ulcérations du cecum). — *adénome*, Mosny, 363 (avec cirrhose et testère). — *cancer primitif*, Tison, 416; de St-Germain, 455. — *cancer secondaire*, Lach-Wall, 20, 330; Tison, 247, 450, Maurin, 554; Barrié, 599. — *cirrhose*, Montard-Martin, 45 (varices œsoph.; ascite); Mosny, 363 (avec adénome, testère); Glover, 376 (alcoolique graisseuse); Legy, 405 (biliaire); Hallion, 611 (pulmonique). — *dégénérescence cystique*, Nicolle, 112; Morax, 268 (K. canaliculaire). — *A. hydatique*, P. Thierry, 317. — *sous-diaphragmatiques*, Caryophyllis, 203. — *syphilitis*, Morax, 440.

PUSSE HÉTÈRE, *sarcome*, Caster, 7.

FRACTURES, *cune*, Thierry, 418. — *fractures*, *extr. inférieure*, Lyot, 62 (épicondyle); *extrémité supérieure*, Legend, 472 (spontanée); *cancer*, *Muciculaire*, 53 avec luxation, extraction de la tête. — *de J. Meunier*, 298 (expérimentales). — *spontanée*, Reboul, 393 (ostéomyélite). — *Legrand*, 478 (col du humerus, cancer secondaire).

Q

QUARTZ, *maladie*, Caryophyllis, 203. — *quartz*, *maladie*, Legend, 472 (ostéomyélite). — *quartz*, *maladie*, Legend, 478 (col du humerus, cancer secondaire).

GANGRENE sciale, Kirmisson, 195.

GENOU, *Reboul*, 55 (arthropathie tabétique).

GOÛTE, *Potherat*, 193 (1^{re} calcifiée; 2^{de} intrathoracique).

GROSSESSE, 449 (présentation de la face: basiotripsie) (voyez URÉBUS, myômes).

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, Mantel, 291 (laparotomie).

H

HANCHE, *désarticulation*, Delaunay, 397.

HEMATÉMÈSES (voyez ŒSOPHAGE, varices).

HÉMIPLÉGIE (voyez CERVEAU), Klippel, 235 (lésion de la couche optique, perte du sens musculaire); 648 (hémorragie de la couche optique; paralyse mimique seulement de la face); Tison, 558 et 570 (hémiplegie gauche avec aphasie); *alterne*, Caussade, 119 (tubercule du mésocéphale).

HERNIE étranglée, Rochard, Cornil et Tchistowitch, 215 (anus contre nature, examen histologique de l'intestin). — *inguinale*, H. Delagénère, 64 (cystocèle, cure radicale); Chipault, 67 (para-inguinale étranglée); Létienne, 249 (épilocèle adhérente); Bezançon, 347 (ovaire); Walther, 361 (congénitale, adhérente, cure radicale); Delagénère, 596 (étranglée, cure radicale: mort sans infection). — *intra-abdominales*, Hartmann, 95 (retro-peritoneales).

HÉMIPLÉGIE, *Colorations*, Minor, 282 (cyanose); chlorophylle.

HÉMIPLÉGIE, *Poirier*, 392 (altération de la tête simulant une fracture).

I

INFLAMMATION, *D. Aigre*, 251 (cancer du pancréas); Pilliet, 589 (cysticoma de l'ampoule de Vater).

INFLAMMATION, *Legrand*, 478 (épithélioma tuberc.).

IMPALUDISME, Hallion, 655 (endocardite, foie).

INTESTIN, *adénome*, Girode, 65. — *cancer*, Darier et Bourges, 409 (Siliaque; carcinome alvéolaire). — *développement et torsion*, H. Hartmann, 133 et 189. — *hémorrhagies*, Souques, 628. — *perforation*, Maurin, 203 (appendice iléo-cæcal, masse fécale), 203. — *rétrécissement*, Demoulin, 442 (musculaire). — *tuberculose*, Caryophyllis, 203, 500.

INTESTINALE, *occlusion*, Hartmann, 95 (hernies rétro-péritonéales); Pilliet, 197; Aviragnet et Vassal, 206 (calcul biliaire); Legrand, 459 (cancer); anus contre nature) Mauclair, 477 (bride péritonéale).

J

JAMBE. *Kyste muqueux* du jambier antérieur, Buscarlet, 74.

K

KYSTES *dermoïdes* (voyez OVAIRES). — *dermo-lymphoïde*, A. Pilliet, 381 (cou). — *hématique*, Chrétien, 436 (d'origine traumatique). — *hydatique* (voyez FOIE), Martin Durr, 131 (cœur). — *mucoides congénital*, Chrétien, 506 (pré-sternal). — *muqueux*, Buscarlet, 74 (intra-musculaire). — *sébacés*, Verchère, 45; ex. h., Darier, 50 (doigts). — *synoviaux*, Lejars, 75 (poignet); Poirier et du Bouchet, 289 (cou-de-pied; origine articulaire).

L

LARYNX, *laryngo-typhus*, Lovy, 633. — *tuberculose*, Caryophyllis, 500.

LÈVRE (GRANDE), *tumeurs*, P. Thiéry, 470 (kyste).

LIGAMENT LARGE, signes du *phlegmon* donnés par *salpingites*, Terrillon, 77.

LIPOME du cœur, Caryophyllis, 202. — de la *cuisse*, Chipault,

93 (calcifié); Ettlinger, 418 (ulcéré). — *herniaire*, Chipault, 67 (étranglement?).

LUXATION, *épaule*, Mauclair, 513 (avec fracture, extraction de la tête).

LYMPHADÉROME *ganglionnaire*, Dargron, 522 (forme infectieuse, fébrile). — *médiastin*, Mallet, 517. — *testicule*, Walther, 602.

LYMPHANGITE *cancéreuse*, disc. 455.

LYMPHATIQUES, *scrotum et verge*, G. Marchant, 217.

LYMPHO-SARCOME, *médiastin*, Mallet, 517 (hémorrhagique); Dubost, 527.

M

MAIN, *fibro-sarcome*, Sauvineau, 559 (récidives multiples).

MAL PERFORANT plantaire, Chipault, 546, 577, 579, 584.

MAXILLAIRE *inférieur*, Nicolas, 268 (exostose); Walther, 601 (ostéomyélite par avulsion d'une dent, nécrose). — *supérieur*, G. Marchant et Albarran, 115 (kyste dentifère du sinus pris pour un sarcome).

MAXILLAIRE SUPÉRIEUR (NERF), Potherat, 521 (névrectomie).

MÉDIASTIN, *tumeurs*, Mallet, 447 (sarcome); H. Mallet, 517; Dubost, 527 (lymphe-sarcome hémorrhagique, lymphadénome); Tissier, 661 (carcinome).

MÉLANOSE, Achard et Widai, 6 (cartilages).

MÉNINGES, H. Legrand, 307 (lésions de la pie-mère dans la *porencéphalie*). — *endothéliome*, Cornil, 413 (pie-mère); Pilliet, 189 (dure-mère). — *hématome*, Deguéret, 335 (transf. séreuse). — *paralyse générale des aliénés*, Klippel, 635.

MERCURE, lésions des viscères dans l'*empoisonnement* aigu, H. Legrand, 321.

MÉSENTÈRE, *thrombose veineuse*, A. Pilliet, 197. — *tumeur* Delagénère, 487.

MOELLE ÉPINIÈRE, *lésions trauma-*

- tiques*, Gombault et Wallich, 414. — *paralysie générale des aliénés*, Klippel, 635.
- MUSCLES, *kyste muqueux*, Buscarlet, 74. — lésions dans la *paralysie générale des aliénés*, Klippel, 635.
- MYOMES (à *fibres striées*), Vignard, 33 (myosarcome ? ovaire).
- MYOSARCOME, *sein*, Vignerot, 485.

N

- NERFS du *membre supérieur*, Hartmann et Potherat, 49 (fusion du médian et du musculo-cutané).
- NERVEUX (SYSTÈME), *préparations histologiques*, Minor, 282.
- NÉVRECTOMIE, Potherat, 521 (nerf maxillaire supérieur).
- NÉVROME ATYPIQUE, Pilliet, 425 (cerveau).
- NYSTAGMUS, Caussade, 119 (tubercule du mésocéphale) ; 299 (tumeur du cervelet).

O

- ŒIL, *corps étranger*, Valude, 117 (balle dans la sclérotique).
- ŒSOPHAGE, *ulcération*, Bouloche, 510 (par ganglion tuberculeux ; hématomèse foudroyante). — *varices*, Mosny, 363 ; Glover, 376 (cirrhose du foie, hématomèse mortelle).
- OMOPATE, *tumeurs*, 330 (cancer secondaire) ; 334 (abcès froid ; enchondrome).
- ONGLES, *tumeurs sous-unguéales*, Villar et Thiéry, 47 (durillon) ; Toupet, 30 (épithélioma tubulé).
- ONYXIS latérale, Chipault, 579 (troubles trophiques concomitants ; procédé opératoire de Th. Anger).
- OREILLE, physiologie du pavillon, Féré et Lamy, 237.
- ORTEILS, *déviation*, Chipault, 546 (ataxie locomotrice).
- OS, *cancer secondaire*, Isch-Wall, 330 (omoplate), Legrand, 478 (épithélioma tubulé).

- OSTÉOMYÉLITE, G. Marchant, 139 ; (résections pour nécroses diaphysaires) ; Reboul, 393 (réveil par une contusion) ; Walther, 601 (max. inférieur ; avec nécrose).
- OSTÉOSARCOME, bassin, de Grandmaison, 351.
- OVAIRE, *anatomie*, F. Dreyfous, 17 (ganglions lymphatiques). — *hernie*, Bezançon, 348. — *épithélioma polykystique*, Chipault, 619 ; dégénérescence ganglionnaire, Cornil, 620. — *kystes*, Lyot, 83 (coex. avec une salpingite) ; de Lostalot, 295 (élongation du pédicule). — *kyste dermoïde*, Mauny, 386 ; Pinaud, 564 (suppuré, diagnostique) ; *dermo-mucoïde*, Poupinel, 60 (généralisation), 464. — *kyste hémattique*, Largeau, 361 (ovariotomie). — *kystes avec sclérose*, Darier et Bourges, 409. — *tuberculose*, Terrillon, 77. — *sclérose*, Bezançon, 348 ; Darier et Bourges, 409. — *tumeurs*, Vignard, 33 (sarcome ; fibres musculaires striées) ; Tison, 570 (sarcome).

P

- PANCRÉAS, *cancer de la tête*, D. Aigre, 253 ; Pilliet, 589 (diagnostique). — *épithélioma*, Isch-Wall, 330 (latent, généralisation). — *transformation graisseuse*, Pilliet, 245.
- PARALYSIE générale des aliénés, Klippel, 635 (lésions histologiques des méninges, du cerveau, des nerfs, des muscles).
- PAROTIDITE, A. Gauthier, 357 (scarlatine).
- PÉRICARDE, *épanchement sanguin*, Pilliet, 494 (rupture de l'aorte).
- PÉRICARDITE *purulente*, Dufloq, 585 (latente). — *tuberculeux*, Netter, 177 ; Tissier, 297 (adhésive) ; Souques, 611 (hémorrhagique).
- PÉRITOINE, *adhérences*, Mauclain 477 (occlusion). — *anatomie*, Hartmann, 95 ; Jonnesco, 1 ; (fossettes ; hernies rétro-périt

- néales); Poirier, 568 (lymphatiques utérins). — *cancer secondaire*, Caryophyllis, 505. — *corps étrangers*, Demoulin, 442. — *épanchements sanguins*, P. Bezançon, 130 (anévrisme de l'aorte). — *sarcome*, Castex, 7.
- PÉRITONITE *aiguë*, Isch-Wall, 20 (rupture d'un myôme utérin ramolli); P. Menetrier, 472 (salpingite). — *par perforation*, Glover, 123; Létienne, 249 (estomac); Maurin, 203 (appendice); perforation sans péritonite, Isch-Wall, 20 (estomac). — *chronique*, 554 (diagnostic, cancer et tuberculose). — *tuberculeuse*, Thiercelin, 313; Tison, 388 (*aiguë*).
- PHARYNX, *tuberculose*, Caryophyllis, 500.
- PHLEGMATIA ALBA DOLENS, Caryophyllis, 441.
- PIED, *amputation* de Chopart et intra-calcanéenne horizontale, Chaput, 80, 138; sous-astragalienne, Chipault, 577; de Mikulicz, Chaput, 642 (pour une fracture avec luxation). — *anatomie*, Hartmann et Mordret, 71 (1^{er} cunéiforme). — *tabétique*, Chipault, 546. — *traumatismes*, Chaput, 642. — *tumeur blanche*, A. Bonneau, 362 (tarso-métatarsienne; amputation de Chopart).
- PLACENTA, *rétention*, H. Legrand, 321; de Lostalot, 647 (métrite hémorrhagique).
- PLAIES D'ARMES À FEU, Valude, 117 (orbite; revolver).
- PLEURÉSIE, Tison, 391. — *aréolaire*, Mallet, 517. — *chronique*, Lautier, 587. — *purulente*, Mallet, 517 (diagnostic). — *tuberculeuse*, Pilliet, 575 (vieillard; poumon intact).
- PLÈVRE, granulations fibreuses noires, Tison, 391. — fibromes calcifiés, Pilliet, 662.
- PNEUMONIE, Tison, 391. — *chez un cancéreux*, Josias et Leblond, 42. — *chronique* interstitielle, Caryophyllis, 203; pleurogène, Lautier, 587. — *des vieillards*, Pilliet, 189.
- PNEUMOTHORAX, Soupault, 273 (diagnostic).
- POIGNET, *kystes synoviaux*, Lejars, 75.
- POPITÉ, *anévrisme*, Delbet, 36 (artério-veineux, extirpation).
- POUMON, *cancer secondaire*, Tison, 247; Delaunay, 397 (sarcome); Barrié, 599. — *gangrène*, Girode, 3 (dans le cours de la phthisie). — *infarctus*, Souques, 631. — *kyste hydatique*, Soupault, 273 (péri-pleural). — *tuberculose*, Girode, 3 (gangrène intercurrente); Caryophyllis, 203; Tissier, 239 (relations avec la chlorose); Pilliet, 275 (diagn.); de St-Germain, 288; Thiercelin, 313; Bezançon, 347; Tison et Descoings, 415; Mallet et Vaquez, 455 (thrombose artérielle marastique); Caryophyllis, 500 (à début apoplectique); Bouloche, 510; Maurin, 554 (et cancer); Menetrier, 588 et 650 (thrombose de l'artère pulm.); Barrié, 599 et Tissier, 661 (diagnostic); Souques, 611, 631 (granulie).
- PROSTATE, *hypertrophie*, Delagènière, 243 (tumeurs énucléables).
- PURPURA, 584 (bactériologie).
- PYOCYANIQUE (Maladie), Charrin et Ruffer, 18 (lésions de l'estomac et des reins); Charrin et Babinski, 468 (arthropathies).

R

- RACHIS, *mal de Pott*, Tison et Descoings, 415. — *usure* par anévrisme, Létienne, 623.
- RATE, *hypertrophie*, Tison et Descoings, 415.
- RECTUM, *cancer*, P. Thiéry, 255 (traitement palliatif par l'anus contre nature); Caryophyllis, 439 (propagé à la vessie).
- REIN, abcès périnéphrique, Tison, 606 (rupture). — *adéno-épithélioma*, Girode, 65; Pilliet, 541; Souques, 615. — *anomalies*, Sebileau et Modiano, 178; Thiercelin, 193; Potherat et Mordret, 124; P. Bezançon, 348 (absence);

Poirier, 436. — *cancer secondaire*, Legrand, 478 (épithélioma tubulé). — *cirrhose du foie*, Mosny, 363. — *épithélioma*, Dumoret et Poupinel, 39 (néphrectomie trans-péritonéale); Barrié, 599 (génératisation). — *hydronéphrose*, F. de Grandmaison, 352; Pilliet, 664. — *hypertrophie compensatrice*, Broca, 18; A. Bonneau, 362; Pilliet, 589. — *infarctus*, Charrin et Ruffier, 18 (maladie pyocyannique). — *kystique*, Nicolle, 112; Tison, 391. — *lithiasé*, Vignerot, 358 (néphrectomie). — *néphrite interstitielle*, Girode, 65; parenchymateuse, Souques, 631. — *néphrorrhaphie*, Tuffier, 70. — *paralysie générale des aliénés*, Klippel, 635. — *pyélonéphrite suppurée*, Audain, 24 (abcès sous-capsulaire); Willemin, 183 (bactériologie); urétéro-pyéélite ancienne, Pilliet, 379. — *sénile*, Pilliet, 589 (atrophie, hypertrophie compensatrice). — *tuberculeuse*, A. Bonneau, 362 (latente, obstruction de l'uretère). — *tumeur*, de St-Germain, 132.

S

SILIAQUE, *anatomie*, Jonnesco, 232. — *épithélioma cylindrique*, Legrand, 459.
SALPINGITE *suppurée*, Terrillon, 77 (signes de phlegmon du ligament large); Lyot, 83 (ouverture dans le rectum); P. Menetrier, 472; Pinaud, 564. — *tuberculeuse*, Duféoy, 195; Thiercelin, 313; Menetrier, 475.
SALIVAIRE (calcul), Pilliet, 69.
SARCOMÉ, Castex, 7 (fosse iliaque et péritoine); Delaunay, 397 (généralisation); Mallet, 447 (médias-tin).
Fibro — Sauvinaud, 559 (main).
Myxo — Vignerot, 485 (sein).
SCARLATINE, A. Gauthier, 357 (bu-bon cervical, hémorrhagie).
SCIATIQUE (névralgie), Legrand, 478 (tumeur de l'os iliaque).

SCROTUM, *lymphatiques*, G. Marchant, 217.

SEIN, *épithélioma intra-canaliculaire*, Lemonnier et Verchère, 346. — *myxosarcome*, Vignerot, 485.

SERINGUE à inoculation, Clado, 273.

SOUS-MAXILLAIRE (GLANDE), rapports anatomiques, Ricard, 10.

STERNUM, perforation par *anévrisme de l'aorte*, L. Wickham, 51.

SURRÉNALE (CAPSULE), Pilliet, 199 et 423 (sclérose et adénome); Letulle, 264 (dégénérescence graisseuse).

SYPHILIS, *anévrisme aortique*, Létienne, 623. — *artères*, Bouisson, 534. — *foie*, Morax, 445. — *rulve*, P. Petit, 28 et 50.

T

TÉRATOME ? Vignard, 33 (ovaire).

TENDONS, *suture*, Reboul, 573 (examen histologique tardif). — *tumeurs*, V. Carlier, 185 (fléchisseur du médus; doigt à ressort).

TESTICULE, *abcès*, Vignerot (castration), 486. — *cancer secondaire* de l'épididyme, Barrier, 599. — *carcinome*, Spivakoff, 621 (castration). — *dilatation des cônes*, Poirier, 338. — *Lymphadénome*, Walther, 602 (castration).

THROMBOSE ARTÉRIELLE, Mallet et Vaquez, 455 (marastique, bactériologie); Menetrier, 588 (pulmonaire chez un phthisique; artérite tuberculeuse, 650).

THYMUS, *développement*, Broca, 385. — *origine des tumeurs du médiastin* (voy. ce mot), 517, 661.

THYROÏDE (CORPS), *développement*, Broca, 385. — *kyste*; thyroïdectomie partielle, Reboul, 483.

TRACHÉO-BRONCHIQUE, *aléno-pathie*, Bouloche, 510 (ulcération œsophagienne; hématomèse foudroyante).

TUBERCULOSE (voyez les organes) et *cancer*, Tison et Descouings, 415; Maurin, 554. — *miliaire aiguë*, Duféoy, 195; Souques, 631.

U

- ULCÈRE *variqueux*, Cestan, 392 (hyperostose et soudure osseuse).
 URÉMIE, de Grandmaison, 352 ; *cérébrale*, Nicolle, 112 ; *dyspnéique*, Souques, 631 ; Pilliet, 664.
 URETÈRE, *compression*, F. de Grandmaison, 351. — *incisions*, Tuffier, 93 ; *suture*, Tuffier, 182.
 URÈTHRE, *rétrécissement*, Willemin, 183 (infranchissable) ; *spasmodique*, Audain, 24.
 URÈTHRE DE LA FEMME, *opération plastique*, P. Petit, 30 ; *tumeurs*, Paul Petit, 468 (angiome du méat) ; Témoin, 400 (fibrome).
 UTÉRUS, *cancer*, col, Tison, 285 ; Thiéry, 317 ; *corps*, Isch-Wall, Cornil, 594, 596. — *épithélioma*, Potherat, 63. — *fibrosarcome*, Largeau, 360 (amputation sus vaginale). — *lymphatiques*, F. Dreyfous, 17 ; Poirier, 568. — *malformation*, P. Bezançon, 347. — *mérite*, Largeau, 361 (avec rétroversion ; hystéropexie) ; Menetrier, 472 ; Isch-Wall, 594 (gangreneuse) ; de Lostalot, 647 (hémorragique ; curage). — *myômes*, Isch-Wall, 20 (ramollissement gravidique) ; Chaput, 79 (énucléables) ; Poirier, 429

(calcifié) ; Pinaud, 564 (diagnostique) ; Lesueur, 614 (dystocie). — *rupture gravidique*, Couder, 449. — *sénile* (occlusion), Demoulin, 443 ; Chaput, 452. — *tuberculose*, Thiercelin, 313 ; Menetrier, 475.

V

- VAGIN, *kyste*, Poupinel, 466 (canal de Gaertner). — *malformation*, P. Bezançon, 347. — *oblitération sénile*, Demoulin, 442 ; Chaput, 452. — *rétrécissement*, Isch-Wall, 594. — *tuberculose*, Thiercelin, 313.
 VAGINALE (TUNIQUE), vaginalite suppurée, Vignerot, 486.
 VARICES, *disc.*, 582 (ulcères ; éléphantiasis).
 VEINES, *thrombose*, A. Pilliet, 197.
 VERGE, *lymphatiques*, G. Marchant, 217.
 VESSIE, *hernie*, H. Delagènière, 64 (inguinale ; cure radicale). — *calcul latent*, Audain, 24.
 VICES DE CONFORMATION, *face*, par brides amniotiques, Chavane, 613. — *membre supérieur*, Chaput, 453.
 VULVE, *syphilide hypertrophique*, P. Petit, 28 et 50.





